

# Kvinner med rusproblemer og psykiske vansker:

*En studie av deres livssituasjon i graviditet  
og 4,5 år etter fødsel*

Kristina Helen Høyland Tønnessen



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

21. oktober 2014



**Kvinner med rusproblemer og psykiske vansker:**  
*En studie av deres livssituasjon i graviditet og 4,5 år  
etter fødsel*



*En hovedoppgave skrevet av Kristina Helen Høyland Tønnessen*

© Kristina Helen Høyland Tønnessen

2014

Kvinner med rusproblemer og psykiske vansker:

*En studie av deres livssituasjon i graviditet og 4,5 år etter fødsel*

Kristina Helen Høyland Tønnessen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

# Sammendrag

*Navn på forfatter:* Kristina Helen Høyland Tønnessen.

*Tittel på hovedoppgaven:* Kvinner med rusproblemer og psykiske vansker: En studie av deres livssituasjon i graviditet og 4,5 år etter fødsel.

*Veileders navn:* Torill Sundet Siqveland.

*Oppgavens problemstillinger:* Formålet med denne longitudinelle delstudien var å undersøke om det var forskjeller i sosioøkonomisk status, rusbruk og psykiske vansker i graviditet og 4,5 år etter fødsel, samt rapportert sosial støtte ved 4,5 års oppfølging, hos en gruppe kvinner med rusproblemer sammenlignet med en gruppe kvinner med psykiske vansker.

*Utvalg, forskningsdesign og metoder:* Hovedoppgaven baserer seg på et datamateriale som var ferdig innsamlet før oppgaven ble påbegynt. Delstudien som denne oppgaven baserer seg på, er et prospektivt longitudinelt prosjekt som opprinnelig fulgte tre grupper kvinner og deres barn fra graviditet til 4,5 år etter fødsel. I denne delstudien, består utvalget av to av disse gruppene: en gruppe kvinner med rusproblemer som ble rekruttert fra rusbehandlingsinstitusjoner i graviditet ( $N = 32$ ), og en gruppe kvinner som ble henvist til poliklinisk behandling grunnet psykiske vansker i graviditet ( $N = 22$ ), og deres barn ( $N = 56$ ). Kvinnene ble intervjuet om sin sosioøkonomiske status, rusbruk, psykiske helse og sosiale støtte i form av partner i graviditet. Ved 4,5 års oppfølging ble kvinnene intervjuet om sin sosioøkonomiske status, sosial støtte fra familie, venner og partner, og om de mottok noen behandling for egne vansker og om det var igangsatt noen tiltak hos barna. I tillegg besvarte de spørreskjemaer som omhandlet deres psykiske helse og bruk av rusmidler. Independent samples t-test og paired samples t-test ble brukt for å undersøke gruppeforskjeller ved de to tidspunktene, og mixed ANOVA ble benyttet for å se på endring i psykisk helse over tid.

*Resultater og konklusjon:* I denne delstudien viste det seg at kvinnene med rusproblemer hadde lavere sosioøkonomisk status, mindre sosial støtte i form av partner, mer bruk av illegale rusmidler og nikotin, samt flere antisosiale trekk enn kvinnene med psykiske vansker i graviditet. De hadde derimot lavere skårer på angst og depresjon enn kvinnene med psykiske vansker. 4,5 år etter fødsel hadde flere av mødrene i rusgruppen kommet seg ut i jobb og de fleste holdt seg rusfrie. Det var flere av mødrene med psykiske vansker som mottok behandling for sine mentale helseproblemer 4,5 år etter fødsel sammenlignet med mødrene i rusgruppen, mens det var flere barnevernstiltak i familiene hvor mødrene var i rusgruppen.

Syv av mødrene i rusgruppen hadde mistet omsorgen for barna sine, men ingen av barna til mødrene med psykiske vansker hadde blitt omsorgsovertatt. Begge gruppene følte seg knyttet til sin familie og sine venner, men det var fortsatt færre av mødrene i rusgruppen som bodde sammen med en partner og som dermed var aleneforsørgere, sammenlignet med mødrene med psykiske vansker. Alt i alt tyder resultatene i denne delstudien på at kvinnene som ble innlagt grunnet rusproblemer i graviditet fortsatt hadde flere belastninger knyttet til sin livssituasjon enn kvinnene med psykiske vansker 4,5 år etter fødsel. Det er dermed viktig at de hjelpeinstansene som er involvert i arbeidet med disse familiene er oppmerksomme på at rusproblemer ofte er komplekst og henger sammen med mange andre vansker. Dette innebærer at familiene ofte har behov for oppfølging over tid, knyttet til for eksempel foreldrerollen, økonomi, motivasjon til rusfrihet og psykiske helseproblemer.

# Forord

Å skrive denne hovedoppgaven har vært en spennende og lærerik prosess for meg. Min interesse for rusfeltet var allerede tilstede før jeg begynte på profesjonsstudiet i psykologi, og det at jeg har fått fordype meg i en del av rusforskningen har jeg satt veldig stor pris på. Dette har også motivert meg underveis i perioden oppgaven har blitt til. Kvantitativ metode har vært min største kjepphest gjennom studietiden, så det har vært en gledelig overraskelse hvor raskt jeg lærte meg å utføre ulike statistiske analyser, og at jeg faktisk liker å gjøre dem. Det er en god følelse å ha skrevet en oppgave om temaer som engasjerer meg, og det er viktig for meg å poengtere at mange mennesker har bidratt til denne gode opplevelsen.

Den største takken går til min enestående veileder Torill Sundet Siqveland. Tusen hjertelig takk for all tid du har lagt ned i oppgaven min, og for alle innspill og tilbakemeldinger underveis i prosessen. Din interesse for og kunnskap om temaene jeg har skrevet om er inspirerende, og ditt engasjement er beundringsverdig!

Jeg ønsker å takke mødrene og barna deres som deltok i studien. Uten dere ville ikke denne oppgaven ha blitt til.

Jeg vil også takke Anne-Marie Halberg for gode innspill til datafilene mine og for hjelp med statistiske analyser.

En spesiell takk går til mine fantastiske foreldre, min flotte samboer Thomas og min vidunderlige bestevenninne Ingrid, som har støttet meg gjennom hele studietiden. Tusen takk for all oppmuntring, forståelse og tålmodighet i skriveprosessen. Jeg gleder meg til å tilbringe mer tid med dere!

Kristina Helen Høyland Tønnessen

Universitetet i Oslo, oktober 2014





# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>Innledning</b>	<b>1</b>
1.1	Prevalens av bruk av illegale rusmidler i Norge	1
1.2	Gravide kvinner med rusproblemer	2
1.3	Rusproblemer - en markør for flere andre vansker	2
1.4	Behandling av gravide med rusproblemer i Norge	5
1.5	Konsekvenser av rusbruk for barnet og foreldrerollen hos mødrene	6
1.6	Delstudiens hensikt og problemstillinger	9
<b>2</b>	<b>Metode</b>	<b>11</b>
2.1	Bakgrunn og utvalg	11
2.2	Etiske hensyn	12
2.3	Måleinstrumenter	13
2.3.1	European Addiction Severity Index	13
2.3.2	Tilleggsspørsmål til EuropASI	14
2.3.3	Rapportskjema ved graviditet/fødsel	14
2.3.4	Millon's Clinical Multiaxial Inventory III	14
2.3.5	Hopkins Symptom Checklist	15
2.3.6	Intervju av mødrene 4,5 år etter fødsel	15
2.3.7	Spørreskjema vedrørende bruk av rusmidler og medikamenter siste året	16
2.3.8	Oppsummering av måleinstrumentene brukt i oppgaven	16
2.4	Statistiske analyser	17
<b>3</b>	<b>Resultater</b>	<b>19</b>
3.1	Resultater fra graviditetsdata	19
3.1.1	Analyser av alder og utdanning hos kvinnene i graviditet	19
3.1.2	Analyser av beskjeftigelse, sivilstatus og planlagt graviditet	19
3.1.3	Beskrivelse av hvorvidt kvinnene har tidligere barn og barnas omsorgssituasjon	21
3.2	Bruk av nikotin og alkohol i graviditet: frekvens hos gruppene og gruppeforskjeller	22
3.3	Bruk av illegale rusmidler i graviditet: frekvens hos gruppene og gruppeforskjeller	23
3.4	Psykiske vansker: gruppeforskjeller i angst og depresjon i graviditet	24
3.5	Psykiske vansker: gruppeforskjeller målt med MCMI-III	25

3.6	Resultater 4,5 år etter fødsel .....	26
3.6.1	Forskjeller i utdanning, bosituasjon og beskjeftigelse .....	26
3.6.2	Sosial støtte ved 4,5 års oppfølging .....	27
3.6.3	Forandring i bruk av illegale rusmidler, dempende medikamenter og alkohol fra T1 til T2.....	28
3.6.4	Angst og depresjon: Forandring fra T1 til T2, og gruppeforskjeller 4,5 år etter fødsel .....	28
3.6.5	Behandling for mødrene 4,5 år etter fødsel.....	29
3.6.6	Tiltak for barna ved 4,5 års oppfølging.....	30
3.6.7	Forskjeller mellom mødre som beholdt og ikke beholdt omsorgen for barnet sitt .....	31
3.6.8	Forskjeller mellom fosterforeldre og biologiske mødre.....	32
4	<b>Diskusjon</b> .....	33
4.1	Mødrenes situasjon i graviditet og ved 4,5 års oppfølgingen.....	33
4.2	Bruk av illegale rusmidler, alkohol og nikotin i graviditet og 4,5 år etter fødsel.....	34
4.3	Psykiske vansker hos kvinnene i graviditet og 4,5 år etter fødsel .....	35
4.4	Behandling for mødrene 4,5 år etter fødsel .....	36
4.5	Tiltak for barna og familiene 4,5 år etter fødsel .....	37
4.6	Forskjeller mellom biologiske mødre som beholdt og ikke beholdt omsorgen, og fosterforeldrene.....	38
4.7	Styrker og begrensninger i delstudien .....	38
4.8	Implikasjoner av denne delstudien for arbeidet med de to gruppene mødre og deres barn .....	41
4.9	Konklusjon.....	42
	<b>Litteraturliste</b> .....	44

<b>Tabell 1</b>	<i>EuropASI: Oversikt over intervjuets innhold .....</i>	13
<b>Tabell 2</b>	<i>Oversikt over måleinstrumenter brukt i graviditet og 4,5 år etter fødsel.....</i>	16
<b>Tabell 3</b>	<i>Beskrivelse av alder og utdanning for de to gruppene kvinner.....</i>	19
<b>Tabell 4</b>	<i>Beskrivelse av beskjeftigelse, sivilstatus, om graviditeten var planlagt.....</i>	20
<b>Tabell 5</b>	<i>Beskrivelse av antall tidligere barn og barnas omsorgssituasjon .....</i>	21
<b>Tabell 6</b>	<i>Bruk av nikotin og alkohol i graviditeten hos de to gruppene kvinner .....</i>	22
<b>Tabell 7</b>	<i>Bruk av illegale rusmidler og medikamenter i graviditet.....</i>	24
<b>Tabell 8</b>	<i>Angst og depresjon hos de to gruppene kvinner i graviditet, målt med SCL-25 .....</i>	25
<b>Tabell 9</b>	<i>Beskrivelse av inntekt hos de to gruppene mødre 4,5 år etter fødsel.....</i>	27
<b>Tabell 10</b>	<i>Beskrivelse av behandling mødrene mottok for psykiske problemer .....</i>	30
<b>Tabell 11</b>	<i>Oversikt over type barnevernstiltak som forekom i de to gruppene.....</i>	31

<b>Figur 1</b> Histogram som viser gjennomsnittsskårene for ulike skalaer på MCMI-III hos de to gruppene kvinner i graviditet .....	26
<b>Figur 2</b> Illustrasjon av nedgang i depresjonsskåre mellom T1 og T2, og forskjellen mellom gruppene .....	29



# 1 Innledning

Misbruk av rusmidler er tabubelagt, og det er derfor vanskelig å få et fullstendig estimat over hvor mange som har et rusproblem. Avhengig av hvordan man regner, er det minst 2-300 000 mennesker med alkoholproblemer i Norge. I tillegg er det omtrent 20-30 000 mennesker som har problemer med narkotika samt 30-50 000 mennesker med et problemfylt forhold til reseptbelagte legemidler med misbrukspotensial (Lossius, 2012). En rapport fra Folkehelseinstituttet (FHI) med norske utvalg, viser at det er 0,31-0,38 ganger vanligere for kvinner enn menn å ha en rusrelatert lidelse (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Det finnes ingen lignende estimater for dobbeltdiagnosene ruslidelse og psykisk lidelse i Norge, selv om de ofte opptrer sammen (Lossius, 2012; Mayes & Truman, 2012). Det er imidlertid rapportert at det er 2,15-2,30 ganger vanligere for kvinner å ha en angstlidelse enn menn, og 2,57-2,62 ganger vanligere for kvinner å ha en depressiv lidelse. I Norge er det en forekomst av angstlidelser på 26,7 % og 14,0 % for alvorlig depressiv lidelse (FHI, 2011).

## 1.1 Prevalens av bruk av illegale rusmidler i Norge

I følge beregninger utført av Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), er det cannabis og amfetamin som er de mest brukte illegale rusmidlene i Norge (Hordvin, 2010). For å kunne estimere bruken av illegale rusmidler er spørreundersøkelser lite egnet, fordi personene som bruker disse rusmidlene ofte er vanskelige å få tak i eller de lar være å svare på slike undersøkelser (SIRUS, 2011). Derfor er beregninger om bruk av illegale rusmidler ofte basert på registre over personer som tas inn i behandling. Målinger utført av Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA) viser at det totalt er mindre bruk av illegale rusmidler som cannabis, kokain, heroin og ecstasy i Norge sammenlignet med resten av Europa (EMCDDA, 2010). Disse estimatene er basert på om det noen gang er brukt illegale rusmidler (livstidsprevalens), samt bruk i løpet av det siste året. Unntaket er et høyere forbruk av amfetamin i Norge og at flere injiserer (som regel heroin), i forhold til resten av Europa (EMCDDA, 2010:2; Hordvin, 2010).

## **1.2 Gravide kvinner med rusproblemer**

Tall fra EMCDDA (2008) indikerer at omtrent 30 000 europeiske gravide kvinner bruker opioider. Tallet kan være like høyt for bruk av andre stoffer hos gravide kvinner (Gyarmathy et al., 2009). Norske estimer er hovedsakelig basert på fødselsregistrering eller at kvinnene kommer i behandling. Tallene kan være underestimerte fordi gravide rusmisbrukere som ikke oppsøker medisinsk hjelp i svangerskapet, eller som er avhengige av reseptbelagte medikamenter eller alkohol, muligens ikke blir registrert (Siqveland, 2012). Informasjon hentet fra Medisinsk Fødselsregister i Norge, viser at 1,57 av 1000 barn ble født av mødre som brukte illegale rusmidler eller metadon/subutex i 2009 sammenlignet med 0,6 i 1999, og at 0,9 av 1000 barn ble født med neonatalt abstinenssyndrom (NAS) (0,4 i 1999).

I International Classification of Diseases (ICD-10), en diagnosemanual som er vedtatt av Verdens Helseorganisasjons (WHO) og som brukes i Norge, skilles det mellom misbruk og avhengighet av rusmidler (WHO, 1993). Misbruk betyr at man fortsetter å bruke et stoff til tross for uheldige helsekonsekvenser. Avhengighet innebærer blant annet en sterk trang til å innta stoffet, abstinenser, utvikling av toleranse og mye tid brukes på å skaffe og innta stoffet. I tillegg til illegale rusmidler, kan man også bli avhengig av eller misbruke alkohol. Dette gjelder også avhengighetsskapende medikamenter, som man har fått tak i ulovlig eller på resept.

I internasjonale studier som omhandler gravide kvinner med rusmiddelmisbruk har det blitt funnet at disse kvinnene som oftest bruker heroin (opioider), amfetamin, kokain og cannabis (Amaro, Zuckerman, & Cabral, 1989; Hans, Bernstein & Henson, 1999; Hans & Jeremy, 2001; Pajulo et al., 2011). I norske utvalg rapporteres det at disse kvinnene oftest misbruker opioider, amfetamin og cannabis (Wiig & Myrholt, 2012). Det er videre funnet at blandingsmisbruk av illegale rusmidler er vanlig, da også i kombinasjon med bruk av alkohol og nikotin (Moe & Slinning, 2002; Slinning, 2004; Wiig & Myrholt, 2012).

## **1.3 Rusproblemer - en markør for flere andre vansker**

Rusproblemer er komplekst og innebærer vansker på mange områder, som lav utdanning og inntekt, arbeidsledighet, liten sosial støtte og psykiske vansker (Hans & Jeremy, 2001; Nair, Schuler, Black, Kettinger, & Harrington, 2003). De omfattende vanskene som en ruslidelse

kan innebære, har vist seg å ha konsekvenser for kvinnes evne til å være foreldre og for barna deres (Beeghly & Tronick, 1994; Hans, 1992; Moe & Slinning, 2001; Nair et al., 2003; Sarfi, Smith, Waal, & Sundet, 2011; Siqveland, 2012; Suchman, McMahon, Slade, & Luthar, 2005).

Mellom 53 % og 76 % av mennesker med rusmisbruk har en eller flere psykiske lidelser i tillegg (Daughters, Bornovalova, Correia, & Lejuez, 2007). Forskning har vist at kvinner som misbruker rusmidler i løpet av svangerskapet også viser forhøyede nivåer av psykopatologi (Espinosa, Beckwith, Howard, Tyler, & Swanson, 2001). I disse studiene benyttes som regel betegnelsene akse I-lidelse og akse II-lidelse fra den amerikanske diagnosemanualen Diagnostic Statistical Manual-IV (DSM-IV). Akse I inneholder kliniske syndromer, som depresjon, angst og schizofreni. Akse II inneholder utviklingsforstyrrelser som autisme, og personlighetsforstyrrelser (PF), samt antisosial, paranoid og emosjonelt ustabil PF. I en studie av 40 gravide kvinner med rusmiddelmisbruk, ble det funnet at 45 % av disse kvinnene hadde en akse I-lidelse, og at 75 % hadde en antisosial, emosjonelt ustabil, paranoid eller avhengig PF (Haller, Knisely, Dawson, & Schnoll, 1993). Det har også vært rapportert om narsissistisk, unngående og schizoid PF hos mødre med rusmisbruk i en annen studie (Howard, Beckwith, Espinosa, & Tyler, 1995). I tillegg er det funnet høye rater av depresjon og angst hos mødre med avhengighet (Luthar, Cushing, Merikangas, & Rousanville, 1998; Mayes & Truman, 2012; Weissman et al., 1999).

Ofte er en stor andel av kvinnene med rusproblemer uten arbeid, de mottar trygd, eller har en jobb hvor utdanning delvis eller ikke kreves (Luthar et al., 1998; Weissman et al., 1999). Å ha trang økonomi kan føre til boligproblemer og bekymringer knyttet til for eksempel å ha råd til mat. Det er funnet at psykiske vansker og rusmisbruk kan oppstå hos mennesker som lever i fattige kår, uten at de tidligere har hatt rus- eller psykiske vansker (Knitzer & Perry, 2009). I USA er det funnet at symptomer på depresjon er så høyt som 48 % hos foreldre til barn som lever i fattigdom, og at omtrent 10 % av disse foreldrene misbruker rusmidler (Knitzer & Perry, 2009).

Sosial støtte er viktig for god fysisk og psykisk helse (Coyne & Downey, 1991; Ozbay et al., 2007). Og det viser seg at venner og familie har en viktigere rolle når det gjelder å komme seg gjennom vanskelige problemer enn man tidligere har antatt (Kogstad, Mønness, & Sørensen, 2013). Flere studier viser at mødre med små barn som får støtte fra sin familie, venner og partner, både i graviditet og etter fødsel, rapporterer om mindre depresjon enn mødre som

får mindre støtte (Heh, Coombes, & Bartlett, 2004; O'Hara, 1986). Det er blitt funnet at sosial støtte har en indirekte effekt på depresjon, og at en følelse av å høre til var en prediktor for nedgang i depresjon (Hagerty & Williams, 1999). Kvinner med rusproblemer har ofte små støttenettverk (Savage & Russel, 2005). Flere av disse kvinnene har tidligere opplevd fysisk og seksuell mishandling, og fortsetter å bli utsatt for vold som voksne (Tracy, Munson, Peterson, & Floersch, 2010). Dette kan gjøre det vanskelig å ha tillit til andre mennesker og å inngå nye relasjoner. Sosial støtte kan innebære både fordeler og ulemper for kvinner som forsøker å slutte og ruse seg, ettersom det er funnet at kvinner med rusmiddelmisbruk i liten grad mottok støtte fra partner (57 %) og foreldre (37 %) til å avstå fra rusbruk, men dersom kvinnene har en partner som er en god støtte, kan dette hjelpe kvinnene til å holde seg rusfrie (Lam, Wechsberg, & Zule, 2004; O'Dell, Turner, & Weaver, 1998; Tracy et al., 2010). På den annen side kan selve rusmisbruket erstatte behovet for gode relasjoner til andre, fordi rusmidler påvirker de samme delene av hjernen som er aktive når vi opplever nærhet og glede i forhold til andre mennesker (Insel, 2003; Lossius, 2012).

Mennesker som vokser opp under de mest problematiske hjemmeforholdene er ofte de samme som sliter mest med marginale nettverk, tilknytning til skolen, problemer med å utvikle gode relasjoner til venner og tro på egne krefter (Lossius, 2012). De problematiske oppvekstvilkårene utgjør en sårbarhet hos disse menneskene som kan forklares ved hjelp av stress-sårbarhetsmodellen. Denne biososiale modellen er opprinnelig kjent som diatese-stress modellen, og kan bidra til å forklare sårbarhet for psykopatologi, som igjen kan føre til rusproblemer (Zubin & Spring, 1977). Denne modellen går helt enkelt ut på at mennesker som utvikler psykiske lidelser blir født med en genetisk sårbarhet (Monroe & Simons, 1991). Denne sårbarheten trenger ikke å utvikle seg til å bli en psykisk lidelse, men vil komme til uttrykk dersom et individ blir utsatt for tilstrekkelig med stress (Passer & Smith, 2009). Denne sårbarheten kan i tillegg utgjøre en risiko for utvikling av andre vansker. Studier viser for eksempel at jenter og gutter som i barndommen har hatt alvorlige problemer som angst, depresjoner, spiseforstyrrelser, ubehandlet ADHD, alvorlige traumer, tilknytningsproblemer og relasjonsskader, er mer sårbare for å utvikle rusproblemer enn andre (Lossius, 2012; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen, & Harris, 1997). Denne sårbarheten kan også ses i et transgenerasjonelt perspektiv. Foreldrene til disse barna kan selv ha kommet fra hjem med mye problematikk, og kan via egne dårlige omsorgserfaringer overføre sin egen sårbarhet til neste generasjonen (Bower-Russa, Knutson, & Winebarger, 2001; Mayes & Truman, 2012; Zaidi, Knutson, & Mehm, 1989).



## 1.4 Behandling av gravide med rusproblemer i Norge

I Norge har det blitt etablert flere rusbehandlingsinstitusjoner hvor gravide kvinner med rusproblemer kan få hjelp til avrusning og til å holde seg rusfrie, og som også følger opp familiene i tiden etter fødselen. I tillegg til behandlingen av selve rusproblemet og medisinsk oppfølging i svangerskapet, trenger kvinnene kartlegging for mulige infeksjoner og andre sykdommer, psykisk helse og sosial velferd (Lauritzen, 2010; Siqveland, 2012). Personalet som jobber med disse gravide kvinnene, har søkelyset på å få en god relasjon til kvinnen og å beskytte barnet i magen mot eksponering av rusmidler. Det er også fokus på å forberede kvinnen på å bli mor (Borgestadklinikken). I Finland, hvor det har blitt utviklet en modell spesielt designet for kvinner med rusmiddelavhengighet og deres spedbarn, har det vist seg at det å ha søkelys på relasjonen mellom mor og barn er en avgjørende faktor for å få et godt utfall i rusbehandling, både med tanke på at kvinnen holder seg rusfri og at hun mestrer foreldrerollen (Pajulo, Suchman, Kalland, & Mayes, 2006). Mens kvinnene er på rusbehandlingsinstitusjonen er det også fokus på å tilrettelegge for et positivt innhold i hverdagen etter innleggelsen (Borgestadklinikken). Under oppholdet kan de få opplæring i personlig økonomi, matlaging og husstell, og kan bli tilbudt en leilighet hvor de øver seg på å bo alene. Kvinnens partner kan også få opphold på institusjonen, dersom det vurderes som hensiktsmessig. Dette vurderes ut fra om partneren vil fungere som en god støtte for kvinnen i svangerskapet, slik at en samtidig innleggelse kan styrke deres samhold i den fremtidige rollen som foreldre (Wiig & Myrholt, 2012). Dersom partneren også har et rusproblem må han først avruses og deretter få sitt eget behandlingsopplegg på linje med mor.

Paragraf 10.2 i kapittel 10 under Lov om kommunale og helsetjenester, lovfester muligheten for at gravide rusmiddelmisbrukere kan tas inn i rusinstitusjon og holdes tilbake, uten deres eget samtykke (Flaaterud, 2000; Wiig & Myrholt, 2012). Denne paragrafen er unik for Norge (Søvig, 2004). I dagligtale brukes ofte ordet tvangsparagrafen om denne loven, men i denne oppgaven brukes betegnelsen § 10.2 fordi det er "tilbakeholdelse uten samtykke" som er beskrevet i loven (Flaaterud, 2000). § 10.2 trer i kraft dersom "misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade, og dersom andre hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig" (kapittel 10, lovdata.no). Det er i denne paragrafen vektlagt at kvinnen under oppholdet skal tilbys tilfredsstillende hjelp for sitt rusmiddelmisbruk samt hjelp til å bli i stand til å ta vare på barnet sitt.

Rusbehandlingsinstitusjonen Borgestadklinikken i Skien har spesialisert seg på å ta i mot gravide kvinner som blir tilbakeholdt i institusjon uten samtykke, og har behandlet mer enn halvparten av kvinnene som er lagt inn med grunnlag i § 10.2 (Grimstad & Kristiansen, 2009; Hansen & Svenkerud, 2006). I perioden 2006-2010 var det 66 innleggelser med grunnlag i denne paragrafen ved Borgestadklinikken (Wiig & Myrholt, 2012). En rapport basert på perioden 1996-2005, viser at kvinnene i gjennomsnitt var 23,5 uker gravid ved innleggelsestidspunktet, sammenlignet med et gjennomsnitt på 19 uker i perioden 2009-2010 (Hansen & Svenkerud, 2006; Wiig & Myrholt, 2012). Dette tyder på at kvinnene kommer tidligere inn i behandling i svangerskapet nå enn de gjorde tidligere.

I behandling av gravide kvinner med rusmiddelavhengighet er legemiddelassistert rehabilitering (LAR) et annet tiltak som kan settes i gang dersom kvinnen på egenhånd ikke klarer å slutte med opioider (Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering). Som regel gjelder dette kvinner med heroinavhengighet. I LAR brukes opioidlignende preparater som metadon og subutex, som ikke gir ruseffekt ved inntak. Rehabiliteringen skal være et tilbud som også omfatter sosial, økonomisk, og om mulig, yrkesrettet rehabilitering (Norsk Helseinformatikk). I Norge viser estimer at det hvert år fødes omkring 30 barn av kvinner som er i LAR (Lund, Brendryen, & Ravndal, 2014).

## **1.5 Konsekvenser av rusbruk for barnet og foreldrerollen hos mødrene**

Næringsstoffene, samt bruk av alkohol, illegale rusmidler og andre stoffer som moren inntar i svangerskapet, vil tilføres fosteret gjennom morkaken. Flere studier viser at eksponering for opioider som heroin og metadon i fosterlivet øker sannsynligheten for prematur fødsel, lavere fødselsvekt og gestasjonsalder, samt redusert hodeomkrets (Hans, 1992; Moe & Slinning, 2001). Bruk av andre stoffer, som alkohol, nikotin og dempende medikamenter kan ha også ha negative konsekvenser for barnets utvikling før og etter fødsel. Alkohol i fosterlivet kan blant annet føre til irreversible skader på sentralnervesystemet, føtalt alkoholsyndrom (FAS) og senere atferdsvansker (Dixon, Kurtz, & Chin, 2008; Mayes & Truman, 2012). Vanlige konsekvenser av nikotinbruk i svangerskapet er lav fødselsvekt, astma, luftveisinfeksjoner, kolikk, ørebetennelse og rastløshet hos barnet, og økt risiko for keisersnitt og prematur fødsel hos mor (Helsedirektoratet). Bruk av dempende medikamenter i graviditet kan også føre til

ulike misdannelser hos barnet (Eberhard, Eskild, & Opjordsmoen, 2005; Torvik & Rognmo, 2011).

Bruk av rusmidler i graviditet, spesielt opioider (for eksempel heroin, metadon og subutex), fører ofte til at barnet får abstinenser og reguleringsvansker etter fødsel (Bakstad, Sarfi, Welle-Strand, & Ravndal, 2009; Hans & Jeremy, 2001; Lester & Tronick, 1994; Moe & Slinning, 2001). Spedbarn som er født med abstinenssymptomer, er vanligvis mer irritable, sover mindre, gråter mer høylydt, har vansker med matinntak og er generelt mer vanskelige å regulere enn friske spedbarn (Nair et al., 2003; Sarfi et al., 2011). Selv om spedbarnets abstinenssymptomer som regel avtar etter noen uker, kan de fortsatt vise problemer med regulering av affekt, atferds- og sensorisk integrasjon (Hans & Jeremy, 2001; Sarfi et al., 2011). Konijnenberg og Melinder (2012) fant at barn av mødre som brukte metadon i svangerskapet hadde en økt risiko for å utvikle svekkelser i motoriske og visuelle persepsjonsferdigheter, som er viktige aspekter i speilnevronsysteet. Disse svekkelsene kan føre til forstyrrelser i spedbarnets kapasitet til å engasjere seg i sosiale interaksjoner, blant annet i samspillet med mor. Barnets reguleringsvansker som følger av mors rusbruk i svangerskapet, innebærer at disse spedbarna trenger ekstra sensitiv omsorg fra sin(e) omsorgsgiver(e) (Pajulo et al., 2011). Samtidig kan barnets økte omsorgsbehov være spesielt vanskelig å møte for foreldre som har rusproblemer, ettersom de selv er sårbare. Mødre med rusproblemer har ofte en redusert kapasitet til å lese barnas signaler, noe som igjen kan påvirke barnets evne til å respondere passende i samspill med mor (Beeghly & Tronick, 1994; Hans et al., 1999). Dette kan føre til at vanskelige samspillssirkler mellom mor og barn oppstår og forsterkes over tid, noe som kan illustreres ved transaksjonsmodellen utviklet av Chandler og Sameroff i 1975 (Beeghly & Tronick, 1994; Sameroff, 2009).

Transaksjonsmodellen legger til grunn den gjensidige påvirkningen mellom en sårbar mor og et sårbart barn som skjer over tid, og ikke en ensidig påvirkning av mors rusbruk på barnet. Morens negative erfaringer i samspill med barnet kan føre til økt risiko for neglekt og mishandling av barnet (Pajulo et al., 2011).

Mødre med rusproblemer har som nevnt ofte komorbide psykiske vansker som i seg selv kan være utfordrende for foreldrerollen. Hos mødre med rusproblemer har ikke-responsiv og negativ foreldreatferd blitt rapportert å være knyttet til tilstedeværelsen av antisosial- og andre personlighetsforstyrrelser (Hans et al., 1999). De fleste studiene som har sett på sammenhengen mellom psykiske lidelser og foreldrerollen har imidlertid hatt søkelyset på

depresjon hos mødre (Hans et al., 1999). Depresjon hos mor kan forstyrre hennes evne til å være oppmerksom på spedbarnets fysiske og emosjonelle behov (Goodman & Brand, 2009). Flere studier viser at samspill mellom deprimerte mødre og deres spedbarn er preget av mangel på engasjement og energi fra morens side (Field et al., 1985; Goodman & Brand, 2009). Mødre som er deprimerte er også vist å være mer sårbare for irritasjon og fiendtlighet fra sine barn (Cohn, Matias, Tronick, Connell, & Lyons-Ruth, 1986). Det har blitt foreslått at denne sårbarheten og mangelen på engasjement hos mødre kan føre til usikker tilknytning og deprimert humør hos barnet, samt utvekslinger mellom mor og barn som er preget av tvang og nødvendighet fremfor lyst og glede (Hans et al., 1999). Langtidskonsekvensene av depresjonens påvirkning på mors evne til å ha et godt samspill med barnet, kan føre til økt risiko for depresjon og atferdslidelser hos barnet (Zahn-Waxler, 1993). Barn som har foreldre som strever med opiat-avhengighet, som i tillegg har en alvorlig depresjon, er i risiko for å utvikle antisosial personlighet, rusmisbruk, og lav sosial fungering (Nunes et al., 1998). Videre er barn av opiatavhengige kvinner funnet å utvikle alvorlig depresjon, opposisjonell trasslidelse, atferdslidelse, ADHD og rusbruk (Luthar et al., 1998; Slinning, 2004; Weissman et al., 1999). Dette kan muligens skyldes at rusmisbrukende mødre ofte ikke klarer å beskytte barna godt nok mot det å bli utsatt for eller å være vitne til vold, ulykker eller overgrep, selv om mødre aktivt forsøker å beskytte barna mot de risikofaktorene som livsstilen med rus fører med seg (Hans, 2002; Haugland, 2012).

Mødre med rusavhengighet mister oftere omsorgen for sine barn enn mødre uten rusavhengighet (Mayes & Bornstein, 1996). Grunner til omsorgsovertakelse er hjemlet i kapittel 4 Lov om barneverntjenester (barnevernloven), § 4-12 (kapittel 4, lovdata.no). I en norsk studie med 2 359 deltagere som var innlagt grunnet rusmisbruk, oppga 35 % av respondentene at de hadde barn og 11 % at de hadde omsorgen for barna sine (Lauritzen, Waal, Amundsen, & Arner, 1997). Det var flere kvinner enn menn som rapporterte å ha daglig omsorg for barna sine (14 % mot 9 %). Rapporter fra Borgestadklinikken fant at mødre med rusproblemer som beholdt omsorgen for sine barn, i snitt kom 4-8 uker tidligere inn til behandling i graviditet, sammenlignet med mødre som mistet omsorgen (Hansen & Svenkerud, 2006; Wiig & Myrholt, 2012).

Som vist, er rusbruk hos mor kun én av mange risikofaktorer som blant annet kan føre til skjevutvikling hos barnet. Mødre med rusproblemer er mer utsatt for å oppleve vold, ha lav sosioøkonomisk status, liten sosial støtte, og psykiske vansker som hver for seg, eller i

kombinasjon, kan utgjøre en risiko for barnets utvikling over tid. Ifølge den kumulative risikomodellen, er det større risiko for at barnets utvikling blir svekket dersom det er fire eller flere samtidige risikofaktorer til stede i barnets oppvekstmiljø enn ved færre risikofaktorer (Sameroff, 1998). Carta og medarbeidere (2001) fant at den kumulative miljørisikoen forklarte mer av variansen i utviklingen hos barn av mødre med rusproblemer, enn prenatal ruseksponering alene.

## **1.6 Delstudiens hensikt og problemstillinger**

Hovedformålet med denne longitudinelle delstudien var å undersøke om det var forskjeller i sosioøkonomisk status, rusbruk og psykiske vansker i graviditet og 4,5 år etter fødsel, samt rapportert sosial støtte ved 4,5 års oppfølging, hos en gruppe kvinner som ble henvist til behandlingsinstitusjoner grunnet rusmiddelmissbruk i graviditeten, sammenlignet med en annen gruppe kvinner som ble henvist til poliklinisk behandling grunnet psykiske vansker i graviditeten. Studiens design, det vil si det å sammenligne kvinner med rusproblemer med kvinner som har psykiske vansker, er valgt på bakgrunn av at rusproblemer ofte er overlappende med psykiske vansker, noe som kan være et problem i forskning på kvinner med rusproblemer. Ved å sammenligne disse to risikogruppene vil det kanskje være mulig å kunne skille hva som kjennetegner kvinner med rusproblemer, fra det som kjennetegner kvinner med psykiske vansker. Ettersom disse to gruppene følges opp over tid, vil det kanskje også være mulig å se om livssituasjonen til disse kvinnene utvikler seg i forskjellige retninger fra graviditet og fram til barna deres har blitt 4,5 år.

I graviditet brukes begrepene kvinner med rusproblemer og kvinner med psykiske vansker. Ved oppfølging 4,5 år etter fødsel, blir kvinnene omtalt som mødre i rusgruppen og mødre med psykiske vansker. Ordet rusproblemer brukes om kvinnene som oppgir å ha brukt illegale rusmidler i graviditeten. Alle kvinnene har rapportert hvor mange og hvilke rusmidler de har brukt i graviditeten, men ingen av kvinnene har fått diagnosen rusmiddelavhengighet eller rusmisbruk. Kvinnene har også rapportert om sine psykiske symptomer, men ingen har blitt diagnostisert, og derfor betegnes disse psykiske symptomene som psykiske vansker i denne delstudien.

Et av formålene med denne studien var å se om det var noen endringer i kvinnes sosioøkonomiske status, rusbruk og psykiske helse fra graviditet og til barna var 4,5 år.

Videre var det ønskelig å undersøke om det var noen forskjeller i sosial støtte mellom de to gruppene kvinner, og om noen av kvinnene mottok behandling for rusproblemer eller psykiske vansker da barna deres var blitt 4,5 år. Et annet formål var å se hvordan det gikk med barna til kvinnene da barna var 4,5 år, i form av om de mottok eventuelle støttetiltak i barnehagen, og om det var barnevernstiltak i familien.

Følgende problemstillinger ble undersøkt:

- 1) Vil kvinnene med rusproblemer ha lavere sosioøkonomisk status (utdanning og arbeid), samt mindre sosial støtte i form av partner enn kvinnene med psykiske vansker i graviditet og 4,5 år etter fødsel?
- 2) Føler kvinnene med rusproblemer seg mindre knyttet til sin familie og sine venner, og får mindre praktisk hjelp og avlastning enn kvinnene med psykiske vansker ved 4,5 års oppfølging?
- 3) Bruker kvinnene i rusgruppen mer illegale rusmidler, samt nikotin, alkohol og medikamenter i graviditet og når barna har blitt 4,5 år enn kvinnene med psykiske vansker? Og er det noen endring i bruk av rusmidler hos kvinnene i begge gruppene i denne tidsperioden?
- 4) Vil kvinnene med rusproblemer rapportere like mye eller høyere grad av psykiske helseproblemer i graviditet og ved 4,5 år sammenlignet med kvinnene som har psykiske vansker? Og er det noen endring i psykiske helseproblemer hos kvinnene i begge gruppene i denne tidsperioden?
- 5) Vil mødrene i rusgruppen i høyere grad motta behandling når barna har blitt 4,5 år enn mødrene med psykiske vansker?
- 6) Vil barna født av kvinnene med rusproblemer i høyere grad være omsorgsplassert og ha flere barnevernstiltak enn barn av kvinnene med psykiske vansker når de er 4,5 år gamle?

## 2 Metode

### 2.1 Bakgrunn og utvalg

Studien som denne oppgaven bygger på, er del av et prospektivt longitudinalt prosjekt som har fulgt tre grupper mødre og deres småbarn. I denne hovedstudien ble tre grupper kvinner rekruttert i graviditet. En gruppe ble rekruttert fra ulike behandlingsinstitusjoner for gravide kvinner med rusmiddelavhengighet, lokalisert på Østlandet, Vestlandet og i Midt-Norge. En annen gruppe ble rekruttert fra en poliklinikk i Oslo grunnet psykiske helseproblemer, og en tredje gruppe uten kjente rus- eller psykiske vansker ble rekruttert fra helsestasjoner i Oslo. Dataene ble samlet inn i løpet av graviditeten, i spedbarnets første leveår (da de var 3 uker og 3, 6, 9 og 12 måneder gamle) og igjen da barna var 2 år og 4,5 år gamle.

Kvinnene ble rekruttert til den longitudinelle studien i perioden desember 2004 til januar 2009. De ble rekruttert av medarbeidere tilknyttet forskningsprosjektet. Ingen systematisk registrering av antall kvinner som ble spurt om å delta, men som avslo, ble utført (Siqueland, 2012). Alle mødrene var etnisk norske. Inkluderingskriteriene for kvinnene med rusproblemer var at de skulle være innlagt på en behandlingsinstitusjon, og få hjelp til avrusning i løpet av graviditeten. Kriteriet for kvinnene med psykiske vansker var at de hadde blitt henvist til poliklinisk behandling for sine psykiske helseproblemer i løpet av graviditeten. Behandlingen kvinnene med rusproblemer fikk, varierte i forhold til de ulike rusinstitusjonene de var henvist til. Dette er imidlertid ikke en behandlingsstudie og det har vært utenfor studiens omfang å gå i større detalj om intervensjoner og effekten av spesifikke behandlingstilbud, selv om dette hadde vært interessant og nyttig.

I denne delstudien ble kun kvinnene som ble rekruttert fra rusbehandlingsinstitusjoner, og kvinnene med psykiske helseproblemer inkludert, og totalt var dette 54 kvinner. To av kvinnene i rusgruppen fødte tvillinger, så antall barn som er inkludert i delstudien er 56 (26 gutter og 30 jenter). Opplysninger om kvinnenenes rusbruk og psykiske vansker, samt alder, sosioøkonomisk situasjon og sosial støtte er grundig beskrevet i resultatdelen. Siden antallet variabler som ble undersøkt i denne delstudien var relativt høyt, ble det besluttet at den tredje gruppen kvinner med verken rus- eller psykiske vansker ikke skulle inkluderes for å begrense omfanget på oppgaven.

Data som er undersøkt i denne delstudien er samlet inn i perioden fra 2006 til 2013. Alle kvinnene ble intervjuet i graviditet om alder, sosioøkonomiske forhold, rusbruk og sin psykiske helse. Da barna var 4,5 år, fylte mødrene ut et spørreskjema om sin rusbruk og psykiske helse, og ble intervjuet om sosioøkonomisk status og sosial støtte. De ble også spurt om de selv mottok behandling og om barna deres hadde fått noen form for tiltak. Denne oppgaven har søkelys på opplysningene som ble samlet inn gjennom disse intervjuene og spørreskjemaene.

Kvinner med rusproblemer har som nevnt ofte høy forekomst av psykiske helseproblemer. I forskning på disse kvinnene er derfor psykiske helseproblemer ofte en forstyrrende faktor. For å kunne undersøke om kvinner med hovedsakelig rusproblemer har flere og andre typer vansker enn kvinner som hovedsakelig har psykiske helseproblemer, ble livssituasjonen til disse to gruppene kvinner sammenlignet både i graviditet og igjen da barna var 4,5 år.

## **2.2 Etiske hensyn**

Ettersom barn ikke har kompetansen til å gi informert samtykke, er det spesielt viktig at de blir beskyttet når de er med på forskning. Det spesifikke prosjektet som delstudien bygger på, ble utført i samstemmelse med Helsinki-deklarasjonen (Førde, 2009). Her står rettighetene til sårbare grupper sterkt, mens det samtidig understrekes viktigheten av forskning på sårbare grupper fordi mangel på kunnskap utgjør en trussel mot best mulig behandling. Sårbare grupper i denne studien inkluderer mødrene som har rusproblemer og mødrene med psykiske vansker, samt deres barn. Prosjektet har blitt godkjent av Regional Komité for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) tilknyttet Helse Sør-Øst, og av Norsk Sosialvitenskapelig Datateneste (NSD).

All informasjon som ble innhentet i løpet av prosjektet har blitt behandlet konfidensielt og anonymt, i overensstemmelse med retningslinjer gitt av Datatilsynet. Deltagerne ble informert om hensikten med prosjektet i tillegg til metodene som ble brukt ved de ulike måletidspunktene. Mødrene og andre hovedsorgsgivere signerte et informert samtykke, som gjorde det klart at de hadde muligheten til å trekke seg fra prosjektet når som helst. Deltagerne fikk dekket alle reiseutgifter og barna fikk en liten leke i forbindelse med hver av undersøkelsene.



## 2.3 Måleinstrumenter

### 2.3.1 European Addiction Severity Index

Hovedintervjuet i graviditet var European Addiction Severity Index (EuropASI). Dette intervjuet ble blant annet brukt for å kartlegge rusbruk og sosioøkonomiske forhold. EuropASI er opprinnelig basert på et intervju kalt Addiction Severity Index (ASI), som er tilpasset amerikanske utvalg (McLellan, Luborsky, O'Brien, & Woody, 1980). Den 5. utgaven av ASI ble i 1993 og 1994 utgitt i en europeisk versjon og kalt EuropASI (Kokkevi & Hartgers, 1995). Reliabiliteten og validiteten til dette instrumentet har blitt rapportert å være tilfredsstillende (McLellan et al., 1992). EuropASI har også blitt oversatt til norsk (Hidle, Lauritzen, & Skretting, 1997) og deretter tilbake-oversatt. Denne oversettelsen ble akseptert av Amsterdams Institutt for Avhengighetsforskning (Siqueland, 2012). Intervjuet er delt inn i ni deler (se tabell 1). Under tabellen presiseres det hvilke spørsmål fra de ulike delene som ble brukt i denne oppgaven.

Tabell 1

*EuropASI: Oversikt over intervjuets innhold*

---

#### **EuropASI**

---

A: Informasjon om identifikasjon av deltageren og administrasjon av intervjuet

B: Generell informasjon om deltageren \*

C: Fysisk tilstand

D: Arbeid og forsørgelse \*

E: Bruk av alkohol, stoff og medikamenter \*

F: Lovbrudd

G: Familiehistorie \*\*

H: Familie og sosiale relasjoner \*

I: Psykisk tilstand

---

\* Deler i spørreskjemaet som inneholdt relevante variabler for denne oppgaven

\*\* REK tillot ikke at del G ble administrert

I del B ble spørsmålet som omhandlet den vanligste bosituasjonen til kvinnene de siste seks månedene undersøkt. Fra del D ble totalt antall fullførte år med grunnskole, videregående skole og høyere utdanning på høyskole/universitet sett på. Spørsmålet som ble hentet fra del E, omhandlet bruk av flere rusmidler/medikamenter per dag. Kvinnene ble spurt om vanligste bosituasjon de siste tre årene i del H.

### **2.3.2 Tilleggsspørsmål til EuropASI**

For å få inn flere opplysninger om kvinnes livssituasjon i graviditeten, ble skjemaet Tilleggsspørsmål til EuropASI administrert til alle kvinnene i graviditet. Dette spørreskjemaet ble laget spesielt av forskningsgruppen som satte i gang den longitudinelle studien, for å få mer utfyllende informasjon på områder som ikke var tilstrekkelig dekket gjennom spørsmål i EuropASI. Kvinnene ble blant annet spurt om hvor mange barn de hadde og hvor mange barn de hadde daglig omsorg for. Psykometriske egenskaper for dette spørreskjemaet har ikke blitt undersøkt.

### **2.3.3 Rapportskjema ved graviditet/fødsel**

Rapportskjema ved graviditet/fødsel ble også administrert til alle kvinnene i graviditeten for å få en mer detaljert kartlegging av blant annet kvinnes bruk av rusmidler. Dette skjemaet ble også konstruert spesielt for den longitudinelle studien, og det foreligger ikke opplysninger om psykometriske egenskaper. I dette skjemaet ble kvinnene blant annet spurt mer detaljert om bruk av alkohol, nikotin, illegale rusmidler og dpende medisiner i svangerskapet (1., 2. og 3. trimester), og om de hadde en fast partner og om fast partner var barnefar.

### **2.3.4 Millon's Clinical Multiaxial Inventory III**

Millon's Clinical Multiaxial Inventory III (MCMI-III) ble administrert til alle kvinnene i graviditeten for å kartlegge symptomer på psykiske vansker. MCMI-III er et spørreskjema med 175 påstander, som det tar mellom 25 og 30 minutter å besvare (Craig, 2008).

Påstandene besvares med "riktig" eller "galt" i forhold til hva personen synes stemmer.

MCMI-III er laget for å diagnostisere personlighetsforstyrrelser og alvorlige psykiske vansker hos voksne pasienter (Craig, 2008).

Skårene på spørreskjemaet gir mål på fem skalaer: kliniske personlighetsmønstre, alvorlig personlighetspatologi, kliniske syndromer, alvorlige kliniske syndromer og modifierende indekser (Millon, T., Millon, C., Davis, & Grossman, 1997). Den interne konsistensen for de kliniske skalaene strekker seg fra .66 til .90 (Cronbachs alpha), og går over .80 for 20 av subskalaene (Millon, T., Millon, C., Davis & Grossman, 1997). Verdier på Cronbachs alpha over .70 er ansett som akseptable, og verdier over .80 er foretrukket (DeVellis, 2003). Skjemaene ble skåret med et databasert program kalt Q-Local (Siqueland, 2012). I analysene av MCMI-III ble skalaene som målte tristhet, depresjon og angst utelatt, fordi depresjon og angst ble målt med SCL-25 (se avsnittet nedenfor).

### **2.3.5 Hopkins Symptom Checklist**

For å kartlegge angst og depresjon hos kvinnene i graviditet og igjen 4,5 år etter fødsel, ble en kortversjon av Hopkins Symptom Checklist (HSCL), heretter kalt SCL-25, administrert (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974). Sjekklisten inneholder 25 påstander der 10 av påstandene måler angst, og 15 måler depresjon (Strand, Dalgard, Tambs, & Rognerud, 2003). Påstandene besvares på en skala som går fra 0-4. 0 betyr at symptomet "ikke i det hele tatt" har inntruffet. 1 er om symptomet har inntruffet "litt", 2 er "moderat", 3 er "ganske mye" og 4 er "veldig mye". SCL-25 som ble besvart i graviditet av kvinnene i denne delstudien, hadde en Cronbachs alpha på .88. 4,5 år etter fødsel var Cronbachs alpha .96.

### **2.3.6 Intervju av mødrene 4,5 år etter fødsel**

Mødrene ble intervjuet igjen 4,5 år etter fødsel for å få informasjon om hvordan livssituasjonen hadde utviklet seg siden de var gravide. Deler av intervjuet er satt sammen av spørsmål fra Trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid (TOPP)-studien (se Mathiesen et al., 2007, for mer informasjon om spørsmålene). Mødrene ble blant annet spurt om antall års utdanning, beskrivelse av beskjeftigelse, inntekt, bosituasjon og sosial støtte, og om problemer med for eksempel økonomi, bosituasjon og samliv. Spørsmålene om sosial støtte er tilpasset fra Dalgard, Bjørk og Tambs (1995). I tillegg var noen av spørsmålene i intervjuet laget av forskningsgruppen for å belyse flere sider ved familienes liv da barna var 4,5 år, for eksempel om mødrene hadde mottatt behandling for psykiske eller rus/avhengighetsproblemer i løpet av det siste året, om 4,5-åringen gikk i barnehage og om det var barnevernstiltak i familien.

### 2.3.7 Spørreskjema vedrørende bruk av rusmidler og medikamenter siste året

For å få informasjon om mødrenes bruk av rusmidler 4,5 år etter fødsel, ble et spørreskjema om rusbruk administrert til alle kvinnene. Dette spørreskjemaet er satt sammen av spørsmål fra Tolerance, Worries, Eye-opener, Amnesia og Cut-down (TWEAK) og Mor-Barnstudien (Knudsen et al., 2014). TWEAK består av 5 spørsmål som handler om alkoholtoleranse, bekymring fra venner/slektninger, morgendriking, blackout og reduksjon (Russel et al., 1994). Noen av spørsmålene som var hentet fra Mor-Barnstudien, spurte mødrene om hvor ofte de hadde drukket alkohol, brukt illegale rusmidler og dempende medisiner de siste tre månedene og det siste året. På slutten av spørreskjemaet ble deltagerne spurt om de var pasient i LAR, og dette var et spørsmål som forskningsgruppen selv hadde inkludert i spørreskjemaet.

### 2.3.8 Oppsummering av måleinstrumentene brukt i oppgaven

Tabell 2 viser en oversikt over hvilke måleinstrumenter som ble brukt i graviditet og 4,5 år etter fødsel.

Tabell 2

*Oversikt over måleinstrumenter brukt i graviditet og 4,5 år etter fødsel*

Måleinstrumenter i graviditet	Mål 4,5 år etter fødsel
<ul style="list-style-type: none"><li>• EuropASI</li><li>• Tilleggs spørsmål til EuropASI</li><li>• Rapport skjema ved graviditet/fødsel</li><li>• MCMI-III</li><li>• SCL-25</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Intervju 4,5 år</li><li>• Spørreskjema vedrørende bruk av rusmidler og medikamenter siste året</li><li>• SCL-25</li></ul>

## 2.4 Statistiske analyser

Deskriptive analyser ble benyttet for å beskrive demografiske data som ble samlet inn i graviditet, som alder og utdanning, både hos kvinnene som ble rekruttert fra rusbehandlingsinstitusjoner og kvinnene som ble rekruttert fra poliklinisk behandling grunnet psykiske helseproblemer. For å belyse blant annet jobb- og bosituasjon rapportert i graviditet, og igjen 4,5 år etter fødsel, ble frekvensanalyser brukt.

Independent samples t-test ble benyttet for å undersøke forskjeller i sosioøkonomisk status (deskriptive data), psykisk helse og rusbruk mellom de to gruppene rapportert i graviditet (T1) og 4,5 år etter fødsel (T2). Denne analysemetoden ble også benyttet for å undersøke forskjeller i sosial støtte mellom de to gruppene kvinner 4,5 år etter fødsel. Videre ble paired samples t-test anvendt for å undersøke om det var endringer i rusbruk hos hver gruppe fra T1 til T2. For å undersøke om det var noen forskjeller i psykisk helse i graviditet og 4,5 år etter fødsel for begge gruppene mødre, ble mixed between-within subjects analysis of variance (mixed ANOVA) brukt. Siden de fleste kvinnene med rusproblemer ble avruset i graviditeten ble det ikke gjort noen analyser med mixed ANOVA for å sammenligne bruk av illegale rusmidler mellom gruppene på T1 og T2. Utdanning i graviditet og 4,5 år etter fødsel var rapportert ulikt og kunne derfor ikke sammenlignes mellom de to tidspunktene.

Ved 4,5 års oppfølging er utvalget av mødrene i rusgruppen begrenset til de som beholdt omsorgen for barna sine. Independent samples t-test ble brukt for å undersøke om det var noen forskjeller mellom mødrene i rusgruppen som beholdt omsorgen for barna sine, og de som mistet omsorgen, med hensyn til utdanning, beskjeftigelse, sivilstatus, rusbruk og psykisk helse i graviditet. For barna som var omsorgsovertatt var det fosterforeldrene eller annen omsorgsgiver som besvarte spørreskjemaene og som ble intervjuet ved 4,5 års oppfølging. Independent samples t-test ble brukt for å undersøke om det var noen forskjeller mellom fosterforeldrene (eller omsorgsgiver) og mødrene som beholdt omsorgen for barna sine med hensyn til sosioøkonomisk status og tiltak for barna.

IBM SPSS Statistics versjon 22 er brukt for å utføre alle de statistiske analysene.

Signifikansnivået er satt til .05 (to-halet) og konfidensintervallet er 95 %.

I tabellene i resultatdelen brukes disse forkortelsene:

N = antall personer i utvalget

Mean = gjennomsnitt

SD = standardavvik

Df = frihetsgrader

MD = gjennomsnittsforskjell

Range = rekkevidde

ES = effektstørrelse

$p$  = signifikans

## 3 Resultater

### 3.1 Resultater fra graviditetsdata

#### 3.1.1 Analyser av alder og utdanning hos kvinnene i graviditet

Resultatene fra de deskriptive analysene av kvinnes alder og utdanning vises i tabell 3. Analyser av gruppeforskjeller viste at kvinnene med rusproblemer var signifikant yngre enn kvinnene med psykiske vansker (se tabell 3). Kvinnene med rusproblemer hadde også signifikant lavere utdanning enn kvinnene med psykiske vansker.

Tabell 3

*Beskrivelse av alder og utdanning for de to gruppene kvinner*

Variabler	Gruppe	N	Mean	SD	Range	<i>p</i>
Alder	Rus	32	26.5	6.0	17-40	.027
	Psykisk	22	30.1	5.3	21-38	
Utdanning*	Rus	30	10.6	1.6	8-14	.004
	Psykisk	22	11.9	1.3	9-14	
Høyere utdanning**	Rus	30	0.2	0.8	0-4	.000
	Psykisk	22	2.6	2.5	0-8	

Merk: Forkortelsene brukt i tabellene er beskrevet under avsnittet statistiske analyser.

\*Grunnskole (1-10 år) og videregående skole (11-13 år)

\*\*Antall år på høyskole eller universitet

#### 3.1.2 Analyser av beskjeftigelse, sivilstatus og planlagt graviditet

Analyser av forskjeller mellom de to gruppene i forhold til beskjeftigelse i graviditet viste at signifikant flere kvinner med rusproblemer var arbeidsledige i graviditet og at signifikant færre av disse jobbet heltid enn kvinnene med psykiske vansker (se tabell 4). Resultatene viste også at det var signifikant færre kvinner med rusproblemer som bodde uten en partner i

forhold til kvinnene med psykiske vansker. Det var derimot ingen signifikante gruppeforskjeller med hensyn til om partner var barnefar, mens det viste seg at signifikant færre kvinner med rusproblemer hadde planlagt graviditeten sammenlignet med kvinnene med psykiske vansker.

Tabell 4

*Beskrivelse av beskjeftigelse, sivilstatus, om graviditeten var planlagt*

Gruppe	Rus			Psykisk			
Variabler	N	Frekvens	%	N	Frekvens	%	<i>p</i>
Beskjeftigelse:*	30			22			.001
Arbeidsledig		28	93.3		11	50	
Deltid		1	3.3		2	9.1	
Heltid		1	3.3		9	40.9	
Bosituasjon	30			22			.009
Med partner		11	36.7		16	72.7	
Uten partner		19	63.3		6	27.3	
Partner barnefar	19			18			.163
Nei		2	10.5		0	0	
Ja		17	89.5		18	100	
Planlagt graviditet	28			21			.000
Nei		25	89.3		8	38.1	
Ja		3	10.7		13	61.9	

\* Kategorien arbeidsledig innebærer også å være student, hjemmевærende og å motta trygdeytelser



### 3.1.3 Beskrivelse av hvorvidt kvinnene har tidligere barn og barnas omsorgssituasjon

Som tabell 5 viser, var de fleste kvinnene i begge gruppene førstegangsfødende. I forhold til antall, var det flere av kvinnene med rusproblemer som hadde 1-2 barn fra før de ble med i studien ( $N = 12$ ), enn de med psykiske vansker ( $N = 7$ ). Denne forskjellen var ikke signifikant. Det var derimot signifikant flere kvinner med rusproblemer som hadde mistet omsorgen for sine tidligere barn ( $p = .034$ ). Fem av kvinnene med rusproblemer hadde mistet omsorgen for barn som de hadde fått før de ble med i studien, mens ingen barn av kvinnene med psykiske vansker var blitt omsorgsovertatt. Analysene viste ingen andre signifikante forskjeller mellom kvinnene med hensyn til daglig omsorg.

Tabell 5

*Beskrivelse av antall tidligere barn og barnas omsorgssituasjon*

Gruppe	Rus			Psykisk		
	N	Frekvens	%	N	Frekvens	%
Ingen tidligere barn	29	17	58.6	22	15	68.2
Ett tidligere barn	29	8	27.6	22	5	22.7
To tidligere barn	29	4	13.8	22	2	9.1
Daglig omsorg for 1 barn	29	3	10.3	22	5	22.7
Daglig omsorg for 2 barn	29	0	0	22	1	4.5
Barn bor med far	27	3	11.1	22	2	9.1
Barn bor hos annen familie	28	3	10.7	22	0	0
Barn i fosterhjem (ett barn)	27	5	18.5	22	0	0

Merk: Tabellen er basert på svar fra kvinnene som ble innhentet i løpet av graviditeten, og før de fødte barna i denne studien.

## 3.2 Bruk av nikotin og alkohol i graviditet: frekvens hos gruppene og gruppeforskjeller

Tabell 6 viser en oversikt over frekvens av nikotin- og alkoholinntak hos de to gruppene kvinner i graviditet. Det er gjennomsnittet av nikotin-, og alkoholbruk for 1., 2. og 3. trimester som vises i tabellen. Når forskjeller mellom gruppene ble undersøkt, viste det seg at det var signifikant flere kvinner med rusproblemer som røyket sigaretter i graviditet i forhold til kvinnene med psykiske vansker. Ingen signifikant forskjell i alkoholbruk ble funnet mellom gruppene.

Tabell 6

*Bruk av nikotin og alkohol i graviditeten hos de to gruppene kvinner*

Variabler	Rus N = 28				Psykisk N = 21				p
	Ikke brukt (N)	<1-3 ganger i måneden (N)	2-3 ganger per uke (N)	Daglig bruk (N)	Ikke brukt (N)	<1-3 ganger i måneden (N)	2-3 ganger per uke (N)	Daglig bruk (N)	
Nikotin	1	1	7	19	15	3	0	3	.000
Alkohol	21	7	0	0	12	9	0	0	.282

For å se nærmere på om det var endringer i bruk av alkohol og nikotin i løpet av graviditeten, ble enkeltsvarene til kvinnene i hver gruppe undersøkt. De fleste kvinnene med rusproblemer rapporterte ikke inntak av alkohol i løpet av graviditeten. Der det rapporteres om alkoholbruk, gjelder dette 1. trimester. Med unntak av én kvinne, brukte ingen av de gravide med rusproblemer alkohol i 2. og 3. trimester, selv om de rapporterte bruk i 1. trimester. Fem av ni kvinner med psykiske vansker som rapporterte at de drakk alkohol i graviditeten, sluttet i løpet av 1. trimester. Fire kvinner i denne gruppen rapporterte at de konsumerte alkohol til og med 3. trimester, men da sjeldnere enn en gang i måneden.

Én av kvinnene med rusproblemer som røyket nikotin daglig, sluttet å røyke da hun kom i 2. trimester. Syv andre kvinner med rusproblemer som røyket daglig i 1. og 2. trimester, sluttet å røyke i 3. trimester. 19 av disse kvinnene fortsatte å røyke daglig gjennom hele svangerskapet. Tre av kvinnene med psykiske vansker sluttet å røyke innen 3. trimester, mens tre andre av kvinnene fortsatte å røyke daglig gjennom hele svangerskapet.

### **3.3 Bruk av illegale rusmidler i graviditet: frekvens hos gruppene og gruppeforskjeller**

Tabell 7 viser hyppigheten i bruk av illegale rusmidler og medikamenter hos de to gruppene kvinner i graviditet. Det er gjennomsnittsbruken for 1., 2. og 3. trimester som vises i tabellen. Analyser av gruppeforskjeller i rusbruk viste at det var signifikant flere kvinner med rusproblemer som brukte illegale rusmidler i graviditeten sammenlignet med kvinnene med psykiske vansker. Kvinnene med rusproblemer oppga bruk av cannabis, amfetamin, opiater og dempende medisiner, og at de brukte flere stoffer samtidig. En kvinne med rusproblemer oppga at hun fikk foreskrevet metadon i graviditeten. En kvinne med psykiske vansker rapporterte at hun fikk foreskrevet dempende medisiner i svangerskapet, men oppga at hun ikke brukte disse medisinene i tredje trimester.

For å se nærmere på om det var endringer i bruk av illegale rusmidler og medikamenter i løpet av graviditeten, ble enkeltsvarene til kvinnene med rusproblemer undersøkt. Ni av kvinnene sluttet å røyke cannabis før 2. trimester begynte. Fem kvinner røyket cannabis gjennom hele svangerskapet, men med ulik hyppighet. Tre av de fjorten gravide som brukte amfetamin i 1. trimester, fortsatte bruken i 2. trimester. Ingen av de gravide brukte amfetamin i 3. trimester. Seks av de elleve gravide som brukte opiater i 1. trimester, hadde sluttet da de kom i 2. trimester. Kun to oppga at de fortsatt brukte opiater i 3. trimester. Fire av de elleve gravide som oppga å bruke dempende medisiner i graviditeten, brukte ikke dette i 2. og 3. trimester. Kun en av de gravide fortsatte bruken av dempende medisiner til og med 3. trimester.

Tabell 7

*Bruk av illegale rusmidler og medikamenter i graviditet*

	Rus				Psykisk				
	N = 30				N = 21				
Variabler	Ikke brukt (N)	<1-3 ganger i måneden	2-3 ganger per uke (N)	Daglig bruk (N)	Ikke brukt (N)	<1-3 ganger i måneden (N)	2-3 ganger per uke (N)	Daglig bruk (N)	<i>p</i>
Cannabis	16	10	4	0	0	0	0	0	.000
Amfetamin	20	9	1	0	0	0	0	0	.000
Opiater	19	9	1	1	0	0	0	0	.001
Dempende medisiner	19	8	3	1	20	0	1	0	.014
Flere stoffer samtidig*	7	23	0	0	0	0	0	0	.000
Metadon	29	0	0	1	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	Ikke aktuelt	-

\* Alkohol ikke medberegnet

### 3.4 Psykiske vansker: gruppeforskjeller i angst og depresjon i graviditet

Analyser av forskjeller mellom angst og depresjon hos de to gruppene kvinner, viste at kvinnene med psykiske vansker hadde signifikant høyere sumskårer på angst og depresjon enn kvinnene med rusproblemer i graviditet (se tabell 8).

Tabell 8

*Angst og depresjon hos de to gruppene kvinner i graviditet, målt med SCL-25*

Variabler	Gruppe	N	Mean	SD	t	df	MD	Range	p
Angst*	Rus	30	4.5	3.4	-2.6	27.8	-4.3	-7.7 -	.016
	Psykisk	22	8.8	7.3				-.90	
Depresjon*	Rus	30	10.7	8.7	-2.9	50	-8.9	-15.1 -	.006
	Psykisk	22	19.6	13.6				-2.7	

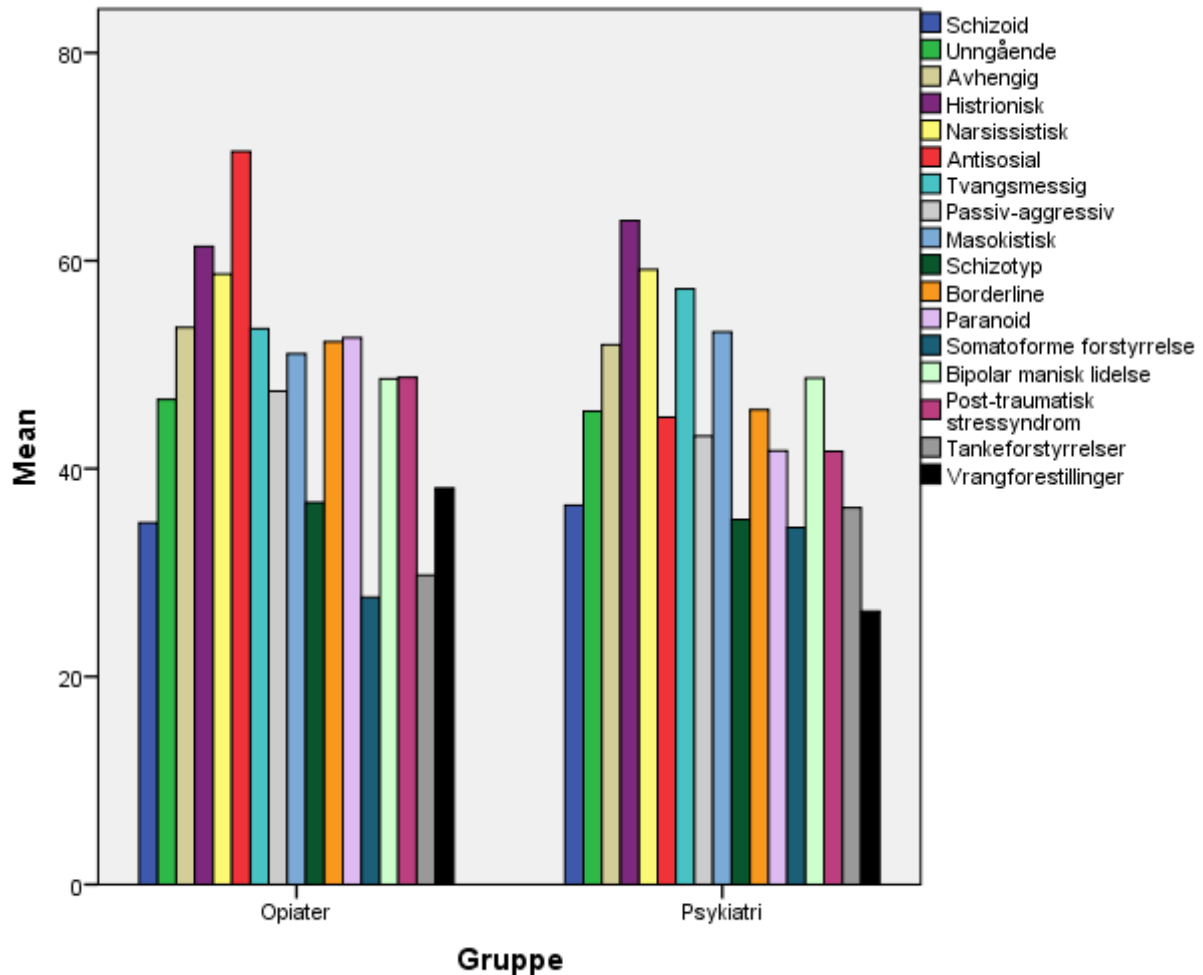
\* Sumskåre

### 3.5 Psykiske vansker: gruppeforskjeller målt med MCMI-III

Figur 1 på neste side, viser en oversikt over gjennomsnittskårene på MCMI-III for de to gruppene kvinner i graviditet. Da gruppeforskjeller ble undersøkt, ble det funnet en signifikant høyere gjennomsnittskåre på antisosiale trekk hos kvinnene med rusproblemer ( $M = 70.50$ ,  $SD = 15.07$ ) sett i forhold til mødrene med psykiske vansker ( $M = 44.95$ ,  $SD = 24.29$ ),  $t(32.5) = 4.2$ ,  $p = .000$ . Gjennomsnittsforskjellen var 25.6 (rekkevidde 13.1 - 38.0, effektstørrelse = .44). Analysene viste ingen andre signifikante forskjeller i gjennomsnittskårer på MCMI-III mellom de to gruppene kvinner.

Figur 1

*Histogram som viser gjennomsnittsskårene for ulike skalaer på MCMI-III hos de to gruppene kvinner i graviditet*



## 3.6 Resultater 4,5 år etter fødsel

### 3.6.1 Forskjeller i utdanning, bosituasjon og beskjeftigelse

Da forskjeller i utdanning ble undersøkt mellom de to gruppene kvinner 4,5 år etter de fødte, viste det seg at det mødrene i rusgruppen hadde signifikant færre år utdanning enn mødrene med psykiske vansker ( $p = .002$ ), noe som også ble funnet i graviditet. Det var fortsatt en signifikant forskjell i bosituasjon mellom mødrene 4,5 år etter fødsel ( $p = .002$ ), hvor færre mødre i rusgruppen bodde uten en partner ( $N = 4$ ) i forhold til mødrene med psykiske vansker ( $N = 15$ ). Det var derimot ingen signifikant forskjell i beskjeftigelse for de to gruppene 4,5 år etter fødsel ( $p = .247$ ). Flere av mødrene i rusgruppen rapporterte at de var i arbeid nå enn det

som var situasjonen i graviditeten (se tabell 4). I graviditeten var det som nevnt en signifikant forskjell mellom gruppene (se tabell 4), som ved 4,5 år ser ut til å ha utjevnet seg.

Inntekten til de to gruppene mødre kartlagt 4,5 år etter fødsel er vist i tabell 9. Det var ingen signifikant forskjell i inntekt mellom mødrene, selv om den var nær statistisk signifikant forskjellig ( $p = .057$ ). Frekvensmessig, ser vi at flere av mødrene i rusgruppen har inntekt i de laveste kategoriene (<200 000-349 000), og at det er flere av mødrene med psykiske vansker som har inntekt i den høyeste inntektskategorien (550 000 eller mer). Videre analyser viste ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene mødre med hensyn til problemer med bolig, arbeid, økonomi og samliv.

Tabell 9

*Beskrivelse av inntekt hos de to gruppene mødre 4,5 år etter fødsel*

Gruppe	Rus	Frekvens	%	Psykisk	Frekvens	%	$p$
Variabler	N			N			
Inntekt*:							.057
<200 000	14	3	21.4	18	3	16.7	
200-349 000	14	7	50.0	18	4	22.2	
350-549 000	14	3	21.4	18	3	16.7	
550 eller mer	14	1	7.1	18	8	44.4	

\* Samlet inntekt i husholdet: både mor og eventuell partner

### 3.6.2 Sosial støtte ved 4,5 års oppfølging

Frekvensanalysene viste at mødrene i rusgruppen ( $N = 14$ ) ofte føler seg knyttet til sin familie ( $N = 12$ ) og sine venner ( $N = 13$ ). Noen rapporterte også at de får praktisk hjelp og avlastning fra familie ( $N = 5$ ) og venner ( $N = 3$ ), mens andre opplevde at de sjelden fikk hjelp av familie ( $N = 7$ ) og venner ( $N = 8$ ). Noen av disse mødrene rapporterte at de aldri får hjelp av familie ( $N = 2$ ) og venner ( $N = 3$ ). Mødrene med psykiske vansker ( $N = 18$ ) rapporterte også at de ofte føler seg knyttet til sin familie ( $N = 13$ ) og sine venner ( $N = 17$ ). Noen får hjelp og avlastning fra familie ( $N = 7$ ) og sine venner ( $N = 5$ ), mens flere opplevde at de sjelden får

hjelp av familie ( $N = 9$ ) og venner ( $N = 11$ ). Noen av disse mødrene rapporterte at de aldri får hjelp av familie og venner ( $N = 2$ ). Videre analyser viste ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene mødre i forhold til om de følte seg knyttet til sin familie og sine venner ( $p = .376$ ). Det ble heller ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom mødrene i de to gruppene i forhold til om de fikk mer eller mindre støtte av familie eller venner ( $p = .796$ ).

### **3.6.3 Forandring i bruk av illegale rusmidler, dempende medikamenter og alkohol fra T1 til T2**

Analysene gjort med paired samples t-test viste at det var en signifikant nedgang i bruk av illegale rusmidler og dempende medikamenter hos mødrene i rusgruppen, fra T1 til T2 ( $p = .000$ ). Nesten ingen av disse mødrene rapporterte bruk av illegale rusmidler, og det var kun en mor som rapporterte at hun røyket cannabis 2-4 ganger i måneden ved 4,5 års oppfølgingen. Det ble ikke funnet en signifikant endring i alkoholbruk hos mødrene i rusgruppen. Hos mødrene med psykiske vansker ble det funnet en signifikant nedgang i bruk av dempende medisiner fra T1 til T2 ( $p = .000$ ), men ingen signifikant forskjell i bruk av alkohol.

### **3.6.4 Angst og depresjon: Forandring fra T1 til T2, og gruppeforskjeller 4,5 år etter fødsel**

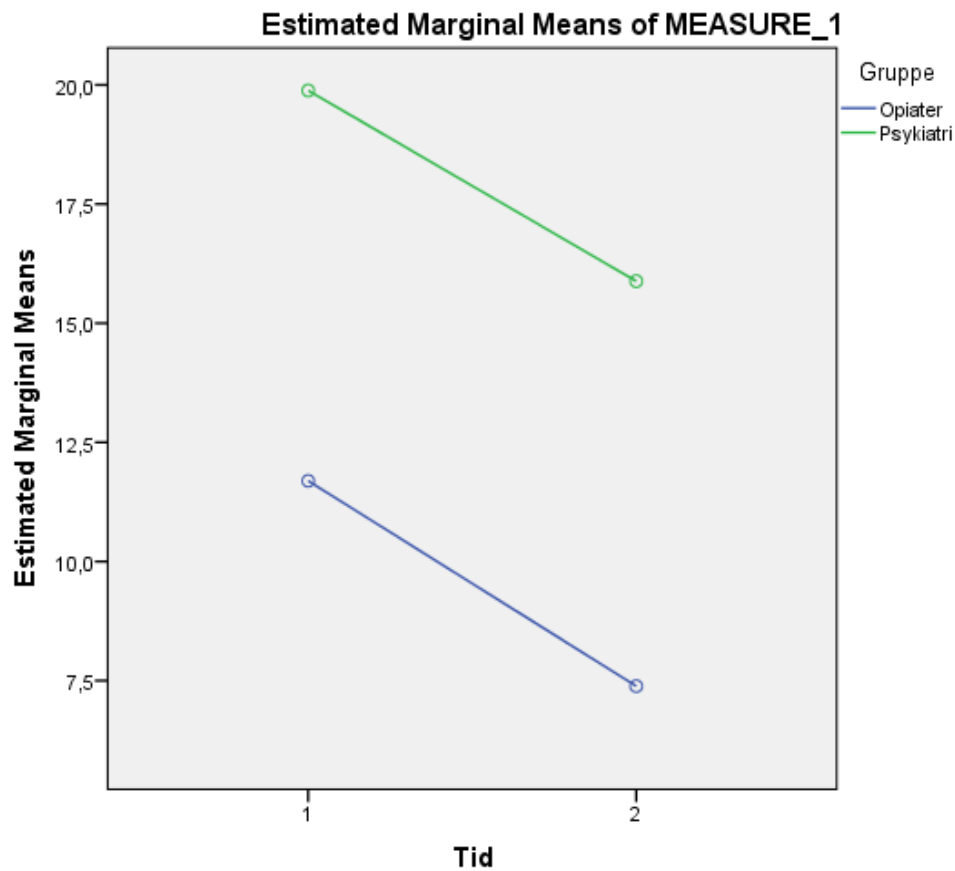
Mixed ANOVA-analysene som ble utført for å undersøke om det var endringer i angstsårer mellom hver gruppe fra T1 til T2, samt innad i hver gruppe, viste at det ikke var noen signifikante forskjeller i angstsårene mellom de to tidspunktene ( $p = .312$ ). Det ble heller ikke funnet noen signifikante forskjeller mellom de to gruppene mødre fra T1 til T2 ( $p = .115$ ).

Analysene som undersøkte om det var en endring i depresjonsskårer mellom hver gruppe fra T1 til T2, samt innad i hver gruppe, viste en signifikant effekt av tid ( $p = .024$ , effektstørrelse = .168) og en signifikant effekt på gruppe ( $p = .038$ , effektstørrelse = .145). Dette betyr at begge gruppene mødre har hatt en signifikant nedgang i depresjonsskåre fra T1 til T2. Videre viste resultatene at det var mødrene med psykiske vansker som hadde en signifikant høyere depresjonsskåre ved T2 enn mødrene i rusgruppen. Se figur 2 for en linjefraf som illustrerer dette.



Figur 2

*Illustrasjon av nedgang i depresjonsskåre mellom T1 og T2, og forskjellen mellom gruppene*



### 3.6.5 Behandling for mødrene 4,5 år etter fødsel

Da gruppeforskjeller med hensyn til behandling for de to gruppene mødre ble undersøkt 4,5 år etter fødsel, var det signifikant flere mødre med psykiske vansker ( $N = 11$ ) som fikk behandling for psykiske problemer enn mødrene i rusgruppen ( $N = 5$ ), ( $p = .036$ ). De fleste rapporterte at de fikk behandling med psykoterapi eller en kombinasjon av psykoterapi og psykofarmaka (se tabell 10). I rusgruppen var det fire av mødrene som rapporterte at de hadde mottatt behandling for rus- eller avhengighetsproblematikk i løpet av det siste året. Tre av mødrene var i LAR og en mor fikk hjelp av en ruskonsulent.

Tabell 10

*Beskrivelse av behandling mødrene mottok for psykiske problemer*

Gruppe	Rus			Psykisk		
Variabler	N	Frekvens	%	N	Frekvens	%
Psykoterapi	13	2	15.3	18	4	22.2
Psykofarmaka	13	0	0	18	1	5.6
Psykoterapi og psykofarmaka	13	0	0	18	5	27.8
Innleggelse	13	0	0	18	1	5.6
Utredning	13	1	7.8	18	0	0

### 3.6.6 Tiltak for barna ved 4,5 års oppfølging

Analyser som ble gjort for å undersøke om antall barn som gikk i barnehage da de var 4,5 år var forskjellig for de to gruppene, viste ingen signifikante forskjeller i barnehagedeltakelse ( $p = .336$ ). Det var signifikant flere barnevernstiltak i familiene der mødrene kom fra rusgruppen, enn i familiene hvor mødrene har psykiske vansker ( $p = .001$ ). Som det fremkommer i tabell 11, gjaldt de fleste barnevernstiltakene avlastningshjem eller besøkshjem for barna. Videre hadde seks av barna født av mødrene i rusgruppen kommet i fosterhjem i løpet av den tiden familiene ble fulgt opp, og ett av barna bodde hos far. For enkelthets skyld kalles alle fosterforeldre, selv der biologisk far har overtatt omsorgen. I motsetning hadde ingen av barna til mødrene med psykiske vansker kommet i fosterhjem eller blitt omsorgsovertatt 4,5 år etter fødsel.

Tabell 11

*Oversikt over type barnevernstiltak som forekom i de to gruppene*

Gruppe	Rus			Psykisk		
	N	Frekvens	%	N	Frekvens	%
Avlastning/besøkshjem	14	11	78.6	18	3	16.7
Dekking av utgifter til barnehage (SFO for eldre barn)	14	4	28.6	18	1	5.6
Barn i fosterhjem/omsorgsovertakelse	14	7	50	18	0	0
Råd/veiledning	14	1	7.1	18	0	0

Analyser av andre tiltak for barna viste at det var signifikant flere av barna som hadde mødre med psykiske vansker som i løpet av det siste året hadde fått tiltak eller behandling for somatiske eller psykiske problemer, enn barna som hadde mødre fra rusgruppen ( $p = .016$ ). Da det gjaldt type tiltak hadde barna til mødrene med psykiske vansker mottatt tiltak eller behandling for somatiske plager ( $N = 2$ ), psykiske vansker ( $N = 3$ ) og språkvansker ( $N = 1$ ), mens to av barna til mødrene i rusgruppen hadde mottatt tiltak eller behandling for somatiske plager ( $N = 2$ ).

### **3.6.7 Forskjeller mellom mødre som beholdt og ikke beholdt omsorgen for barnet sitt**

Analyser som ble gjort for å undersøke om det var noen forskjeller mellom mødrene som beholdt omsorgen og de som mistet omsorgen for sine barn, viste ingen signifikante forskjeller mellom disse mødrene med hensyn til utdanning, beskjeftigelse, sivilstatus, rusbruk og psykisk helse (SCL-25 og MCMI-III).

### **3.6.8 Forskjeller mellom fosterforeldre og biologiske mødre**

Videre analyser viste at det ikke var noen signifikante forskjeller mellom fosterforeldrene og de biologiske mødrene som fortsatt hadde omsorg for barna sine, i forhold til utdanning, beskjeftigelse, inntekt, bosituasjon, barnehagedeltakelse, barnevernstiltak i familien og tiltak eller behandling for somatiske eller psykiske problemer hos barna.

## 4 Diskusjon

### 4.1 Mødrenes situasjon i graviditet og ved 4,5 års oppfølgingen

Resultatene fra de deskriptive analysene i graviditet viste at kvinnene med rusproblemer var yngre og hadde færre år med utdanning enn kvinnene med psykiske vansker. Dette kan bety at kvinnene med rusproblemer var mindre etablerte da de ble gravide og at de hadde dårligere forutsetninger for å få jobb ettersom de hadde færre års utdanning. Det viste seg også at det var flere kvinner med rusproblemer som var arbeidsledige sammenlignet med kvinnene med psykiske vansker, der betydelig flere hadde fast arbeid eller jobbet deltid i graviditet. Det at kvinnene med rusproblemer hadde lavere utdanning og at de fleste var arbeidsledige er i overensstemmelse med funn fra andre studier (Hans & Jeremy, 2001; Nair et al., 2003).

Ved 4,5 års oppfølgingen ser det ut som forskjellen i arbeidssituasjon har utjevnet seg, ettersom det ikke lenger ble funnet signifikante forskjeller mellom gruppene på dette tidspunktet. Det kan sies å være en positiv utvikling at flere av kvinnene i rusgruppen har kommet i jobb. Allikevel viste frekvensanalysene at flere av mødrene i rusgruppen hadde inntekt i de laveste kategoriene (<200 000-349 000). Dette kan henge sammen med at de får arbeid hvor det er mindre krav til utdanning og at dette arbeidet gir forholdsvis lav inntekt (Luthar et al., 1998; Weissman et al., 1999). Dette funnet kan vise til at disse kvinnene fortsetter å ha dårlig økonomi selv om de har sluttet og ruse seg (Knitzer & Perry, 2009).

Det ble videre funnet at flere av kvinnene med rusproblemer bodde alene uten partner, sammenlignet med kvinnene med psykiske vansker der flertallet bodde sammen med en partner. Dette gjaldt både i graviditet og 4,5 år etter fødselen. Dette innebærer at flere av mødrene i rusgruppen står med foreldreansvaret alene.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i forhold til antall tidligere barn de hadde fått før de ble med i studien. Det var imidlertid en signifikant forskjell med hensyn til at flere av kvinnene med rusproblemer hadde mistet omsorgen for sine tidligere barn, mens alle kvinnene med psykiske vansker hadde beholdt omsorgen. Dette er i tråd med annen forskning som viser at mange som blir henvist til rusbehandling på institusjon ikke beholder omsorgen for barna sine (Lauritzen et al., 1997; Lauritzen, 2010).

Det viste seg også at det ikke var noen forskjeller mellom mødrene i de to gruppene da de rapporterte om de følte seg knyttet til sin familie og sine venner ved 4,5 års oppfølgingen. Ettersom sosial støtte antas å være viktig, er det et positivt funn at mødrene i rusgruppen føler seg knyttet til sin familie og sine venner, ettersom denne gruppen ofte er vist å ha marginale nettverk og vansker i nære relasjoner (Coyne & Downey, 1991; Ozbay et al., 2007; Tracy et al., 2010; Lossius, 2012).

Ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene mødre ble funnet med hensyn til hvorvidt de fikk praktisk hjelp og avlastning av familie og venner. Imidlertid mottok de fleste av mødrene sjelden eller aldri hjelp eller avlastning. Siden det ofte er slitsomt å være småbarnsforelder, kan det være spesielt viktig å få avlastning i denne perioden (Carr, 2006; Heh et al., 2004; O'Hara, 1986). En mulig forklaring på at mødrene med psykiske vansker oppga at de ikke så ofte mottok hjelp eller avlastning fra familie og venner, kan være at de i større grad delte foreldreansvaret med en partner, og derfor ikke hadde like stort behov for hjelp fra andre.

Samlet sett viser disse resultatene at kvinnene i rusgruppen hadde flere faktorer som kan være belastende i forhold til kvinnene med psykiske vansker. De hadde lavere utdanning og inntekt, og var oftere alene med foreldreansvaret enn kvinnene med psykiske vansker. I henhold til den kumulative risikomodellen kan dette i denne delstudien tyde på at mødrene i rusgruppen muligens har dårligere forutsetninger for å skape et stabilt oppvekstmiljø for barna sine enn mødrene med psykiske vansker. Dette kan øke sårbarheten hos moren, som igjen kan påvirke barnets omsorgsmiljø og ha en negativ påvirkning på samspillet mellom mor og barn over tid (Sameroff, 2009).

## **4.2 Bruk av illegale rusmidler, alkohol og nikotin i graviditet og 4,5 år etter fødsel**

Som forventet hadde kvinnene med rusproblemer større inntak av illegale rusmidler og nikotin i graviditet enn kvinnene med psykiske vansker. Rusmidlene de oppga å bruke var cannabis, amfetamin, opiater og dempende medikamenter, noe som er i samsvar med andre norske studier (Hansen & Svenkerud, 2006; Wiig & Myrholt, 2012). I tråd med annen forskning oppga de fleste av kvinnene med rusproblemer at de også hadde et blandingsmisbruk (Siqueland, 2012; Wiig & Myrholt, 2012).

I denne studien viste det seg at få av kvinnene i rusgruppen fortsatte med bruk av illegale rusmidler, medikamenter og alkohol i graviditeten. Selv om det ble rapportert rusbruk i graviditeten, var dette hovedsakelig i 1. trimester. Med unntak av noen få kvinner, sluttet de fleste med rusmidler før 2. trimester og omtrent ingen brukte rusmidler i 3. trimester. Denne nedgangen i bruken av rusmidler hos kvinnene med rusproblemer kan forklares med at kvinnene var lagt inn på institusjon i svangerskapet, og fikk hjelp til å bli avruset. Det at kvinnene ble avruset viste seg å ha positive konsekvenser for barna, ettersom ingen barn ble registrert med NAS (Haabrekke, Slinning, Walhovd, Wentzel-Larsen, & Moe, 2014; Siqueland, 2012). 4,5 år etter fødselen rapporterte en kvinne i rusgruppen bruk av cannabis, mens ingen andre av kvinnene rapporterte bruk av illegale rusmidler. Dette kan tyde på de aller fleste fortsatt klarte å holde seg rusfrie.

Et noe overraskende resultat var at det ikke ble funnet noen signifikante forskjeller i alkoholbruk mellom kvinnene med rusproblemer og de med psykiske vansker i graviditet. Kvinnene med rusproblemer rapporterte lavt konsum av alkohol i graviditeten, selv om alkohol i flere andre studier er funnet å være en del av et blandingsmisbruk som kommer i tillegg til bruk av illegale rusmidler blant kvinner med rusmiddelmisbruk (Moe & Slinning, 2002; Slinning, 2004; Wiig & Myrholt, 2012). Da barna var blitt 4,5 år var det fortsatt ingen signifikante forskjeller i rapportert alkoholbruk mellom de to gruppene mødre. Dette kan tyde på at kvinnene i rusgruppen ikke konsumerer mer alkohol enn kvinnene med psykiske vansker, eller at det faktiske alkoholkonsumet har blitt underrapportert.

De fleste av kvinnene med rusproblemer som rapporterte at de røyket i svangerskapet, fortsatte med dette gjennom hele graviditeten. Disse mødre ble ikke spurt om sitt nikotinbruk ved 4,5 års oppfølgingen, og det er derfor uvisst om andelen mødre som røyket på dette tidspunktet var like høy som i svangerskapet.

### **4.3 Psykiske vansker hos kvinnene i graviditet og 4,5 år etter fødsel**

Det viste seg at kvinnene med psykiske vansker rapporterte signifikant høyere angst- og depresjonsskårer enn kvinnene med rusproblemer i graviditeten. I en tidligere studie med de samme kvinnene, ble det funnet at både kvinnene med rusproblemer og de med psykiske vansker hadde høyere totalskåre på angst og depresjon i graviditet sammenlignet med en

gruppe kvinner uten verken rusproblemer eller psykiske vansker (Siqueland, Haabrekke, Wentzel-Larsen, & Moe, i trykk). I denne delstudien ble det også vist at kvinnene med rusproblemer hadde signifikant høyere forekomst av symptomer på antisosiale trekk enn kvinnene med psykiske vansker, noe som stemmer overens med annen forskning (Daughters et al., 2007; Espinosa et al., 2001; Haller et al., 1993; Hans et al., 1999).

Da nivået av angst fra graviditet til 4,5 års oppfølging ble undersøkt, ble det verken funnet signifikante forskjeller mellom mødrene i de to gruppene, eller innad i hver av gruppene. Det ble derimot vist en signifikant nedgang i depresjon fra graviditet til 4,5 år etter fødsel hos mødrene med psykiske vansker. Til tross for denne nedgangen hadde de likevel en signifikant høyere grad av symptomer på depresjon enn mødrene i rusgruppen også ved 4,5 års oppfølgingen. Disse resultatene kan tyde på at mødrene i begge gruppene fortsatt strevde med psykiske vansker, men at det var mødrene med psykiske vansker som hadde flest symptomer på depresjon.

## **4.4 Behandling for mødrene 4,5 år etter fødsel**

I gruppen av kvinner med rusproblemer ble omtrent en tredjedel innlagt ufrivillig med grunnlag i § 10.2, mens resten ble frivillig innlagt (Haabrekke et al., 2014). Det at så mange la seg inn frivillig kan tyde på disse kvinnene var motiverte for å endre i sitt rusmiddelmisbruk, blant annet for å beskytte barnet i magen mot rusmiddeleksposering.

Da barna var blitt 4,5 år viste det seg som nevnt at kvinnene som ble innlagt for rusmiddelmisbruk i graviditeten fortsatt holdt seg rusfrie. Noen av mødrene i rusgruppen rapporterte at de mottok behandling i LAR ved 4,5 års oppfølgingen, og en annen mor rapporterte at hun fikk hjelp av en ruskonsulent. Dette kan bidra til at disse mødrene klarer å holde seg unna illegale rusmidler.

Ved 4,5 års oppfølgingen rapporterte flere av mødrene med psykiske vansker at de fikk behandling for sine psykiske helseplager enn mødrene i rusgruppen. Dette kan ha en sammenheng med at mødrene med psykiske vansker som nevnt hadde signifikant flere symptomer på depresjon 4,5 år etter fødsel enn mødrene i rusgruppen, samt symptomer på angst. Det at færre av mødrene med rusproblemer oppsøkte psykisk helsehjelp kan muligens henge sammen med at de hadde så mange andre belastninger at det å søke hjelp for psykiske helseproblemer ble nedprioritert. Det kan også være slik at mødrene med rusproblemer i



mindre grad er bevisst egne vanskelig følelser og derfor ikke opplever at de har behov for psykisk helsehjelp (Luthar & Walsh, 1995; Pajulo et al., 2012).

## **4.5 Tiltak for barna og familiene 4,5 år etter fødsel**

Selv om mødrene i rusgruppen i mindre grad mottok psykisk helsehjelp, viste det seg at det var signifikant flere barnevernstiltak i disse familiene da barna var blitt 4,5 år, enn i familiene der mor hadde psykiske vansker. Det hyppigst rapporterte barnevernstiltaket var avlastningshjem for barna hver 3. eller 4. helg. Dette kan være et viktig tiltak for å avlaste mødrene i rusgruppen som for det meste var alene om omsorgen for barnet, men også for at barna får flere voksne å støtte seg til (Sabol & Pianta, 2012). Et tiltak som ble rapportert av flere av mødrene i rusgruppen, men kun av en mor med psykiske vansker, var at barnevernet dekket utgifter til for eksempel barnehageplass. Dette tiltaket, som ble rapportert av mødre som viste seg å ha lav inntekt, kan bety at disse mødrene fikk mulighet til å la barnet gå i barnehage, noe som kan være viktig for barnets utvikling (FHI, 2013). Barnehagen kan være en viktig arena for å danne sosiale relasjoner til andre barn og voksne, samt bidra til at barnet får en stimulerende hverdag (Norsk offentlig utredning (NOU), 2010:8). I denne delstudien viste det seg at flere antall familier mottok barnevernstiltak enn antall barn som ble omsorgsovertatt. Dette kan tyde på at barnevernet ønsker å prøve ut hjelpetiltak i hjemmet fremfor omsorgsovertakelse (Backe-Hansen, Madsen, Kristofersen, & Hvinden, 2014). Flere barnevernstiltak kan også bety at det er tett oppfølging av familiene hvor mor tidligere har ruset seg (Hans & Jeremy, 2001; Sarfi, 2001).

Ved 4,5 års alder ble det videre funnet at flere av barna som hadde mødre med psykiske vansker hadde hatt tiltak eller behandling for somatiske eller psykiske problemer i løpet av det siste året, sammenlignet med barna i den andre gruppen. Dette kan muligens bety at mødrene med psykiske vansker var mer engstelige og at denne angsten medførte at de ble mer oppmerksomme på barnets helseplager, sammenlignet med mødrene i rusgruppen (Beeghly & Tronick, 1994; Hans et al., 1999; Siqveland, 2012). Det er allikevel vanskelig å trekke noen sikre slutninger, fordi mødrene med psykiske vansker også rapporterte symptomer på depresjon, noe som kan svekke hennes oppmerksomhet på barnets fysiske og emosjonelle behov (Goodman & Brand, 2009).

## **4.6 Forskjeller mellom biologiske mødre som beholdt og ikke beholdt omsorgen, og fosterforeldrene**

Ingen signifikante forskjeller mellom mødrene i rusgruppen som mistet omsorgen for barna sine og de som beholdt omsorgen ble funnet i denne delstudien. De fleste av mødrene mistet omsorgen fordi de begynte å ruse igjen. Det er mulig at andre livsomstendigheter, som ikke er blitt undersøkt i denne oppgaven, kan ha medvirket til at disse mødrene begynte å ruse seg igjen. Det har for eksempel blitt funnet at kvinner med rusproblemer som har en partner som ikke er rusfri, eller som har blitt utsatt for vold er mer tilbøyelige til å begynne og ruse seg igjen (Tracy et al., 2010). Andre faktorer kan være at trangen til å ruse seg har vært for vanskelig å takle alene, at det har vært manglende oppfølging eller at mødrene ikke har visst hvor de skulle henvende seg for å få hjelp (Hans & Jeremy, 2001; Sarfi, 2001; Tracy et al., 2010).

Et annet interessant funn var at det ikke var noen signifikante forskjeller mellom mødrene i rusgruppen som beholdt omsorgen for barna sine og fosterforholdene, i forhold til sosioøkonomisk status og om det var igangsatt tiltak for barna. Dette trenger nødvendigvis ikke å bety at fosterforeldrene ikke er mer ressurssterke enn mødrene i rusgruppen, da det er grunn til å anta at fosterforeldrene sannsynligvis ikke har like mange belastninger knyttet til rus og psykiske helseproblemer.

## **4.7 Styrker og begrensninger i delstudien**

En styrke ved denne delstudien er at to grupper kvinner som ble henvist til behandling for henholdsvis rusproblemer og psykiske vansker i graviditet ble fulgt helt fra graviditet til barna deres var 4,5 år. Dette gjorde det mulig å undersøke hvordan livssituasjonen til to grupper med sårbare kvinner, som hadde noe overlappende problematikk, endret seg i denne tidsperioden.

Selv om utvalget kan sies å være lite, er det ofte svært vanskelig å rekruttere kvinner med henholdsvis rusproblemer og psykiske vansker. Det å delta i et forskningsprosjekt kan være ekstra stressende og vanskelig for kvinner som har slike belastninger. Det er blant annet knyttet mye skam til det å ruse seg og å ha psykiske lidelser. I tillegg er kvinner som har

rusproblematikk ofte skeptiske til autoriteter, blant annet fordi de er redde for å miste omsorgen for barnet sitt. Sett ut i fra dette perspektivet er det et ganske høyt antall kvinner som takket ja til å delta i dette prosjektet. Selv om frafallet av kvinner i rusgruppen spesielt var større enn ønskelig fra graviditet til barnet var 4,5 år, ble det likevel mulig å følge opp barna deres ettersom flere av fosterforeldrene ble med i forskningsprosjektet i stedet for de biologiske mødrene.

Ettersom de fleste kvinnene med rusproblemer ble henvist til behandling i svangerskapet, er det sannsynlig at resultatene ville ha blitt annerledes dersom utvalget hadde vært kvinner som ikke hadde fått behandling og sluttet å ruse seg i graviditeten. På den annen side bidrar denne delstudien med ny kunnskap om hvordan det over tid går med kvinner som har vært innlagt på rusbehandlingsinstitusjon og blitt avruset i svangerskapet, da det er lite forskning på dette.

I denne delstudien ble kvinnene intervjuet og svarte på spørreskjemaer, som begge er basert på selvrappport. Fordelen med selvrappport er at respondenten antas å være den beste ekspertten på seg selv. En må også anta at de fleste ønsker å gi et så sannferdig bilde av seg selv som mulig. På denne annen side kan det være flere ulemper knyttet til selvrappportering.

Mennesker kan ha ulike grunner til ikke å svare sannferdig. For eksempel kan det å oppgi eget rusbruk og opplysninger om egen psykisk helse oppleves som vanskelig og utrygt. I denne studien er det mulig at kvinnene med rusproblemer kan ha underrapportert sitt bruk av rusmidler i svangerskapet, fordi de i denne perioden ikke visste om barnet hadde tatt skade av de rusmidlene de hadde inntatt før de ble avruset. Da barnet var 4,5 år kan redselen for å miste omsorgen for barnet ha medført at de ikke torde å rapportere sin faktiske bruk av rusmidler.

Noen av kvinnene med rusproblemer hadde allerede opplevd å miste omsorgen for ett barn, noe de sannsynligvis ikke hadde lyst til å oppleve igjen. Dette kan sies å være en ulempe med å ha et prospektivt longitudinelt design, da det kanskje er lettere å få sannferdige opplysninger med retrospektive selvrappporteringer. Men det er samtidig en ulempe at retrospektiv rapportering kan innebære at deltakerne i større grad ikke husker korrekt, og derfor kan medføre både under- og overrapportering

Det er en ulempe med måten skårene for angst og depresjon er lagt sammen på, fordi det ikke er regnet ut en skåre som forteller om hvor mange standardavvik sumskårene ligger på i forhold til normalpopulasjonen i Norge. I denne studien kan det sies å være en ulempe at symptomene for angst og depresjon hos mødrene med rusproblemer og psykiske vansker ikke ble sammenlignet med en gruppe typiske kontrollmødre. Det hadde vært ønskelig å ha med en

gruppe mødre uten verken rus eller psykiske problemer, men på grunn av alle variablene som har blitt undersøkt i denne oppgaven ble dette for mye å inkludere i denne oppgaven. Det kan også være en begrensning at kvinnene kun besvarte MCMI-III i graviditet, og ikke ved flere tidspunkt. På den annen side regnes personlighetstrekk å være relativt stabile over tid.

I denne studien var det en begrensning at rapporteringsmetodene som ble brukt i graviditet og igjen ved 4,5 års oppfølgingen ikke var helt like. Dette gjorde det blant annet vanskelig å sammenligne utdanningsnivå på de to tidspunktene, da mødrene svarte på ulike måter om antall år utdanning. Dette var også et problem i forhold til bruk av nikotin da dette ikke ble spurt om på nytt 4,5 år etter fødselen. En annen ulempe kan være kvinnene kun skulle svare på om de bodde med eller uten partner. Mødrene kan fortsatt ha hatt en kjæreste, som de ser på som en partner, selv om de ikke bor sammen. En annen svakhet er at det ikke er undersøkt om mødrene har holdt seg rusfrie i hele tiden etter fødselen. I denne delstudien er rusbruk ved 4,5 års oppfølging basert på rapportering de siste 3 månedene, og resultatene kunne muligens ha sett annerledes ut dersom rapporteringen for det siste året hadde blitt anvendt i stedet. Det kunne også ha vært interessant å undersøke om det var noen forskjeller mellom kvinnene som kom tidlig inn i behandling sammenlignet med de som ble lagt inn senere i graviditet. Det er som nevnt funnet at tidspunkt for innleggelse kan henge sammen med det å få beholde omsorgen for barna sine etter fødsel (Hansen & Svenkerud, 2006; Wiig og Myrholt, 2012).

Det ble ikke utført noen statistiske analyser for å undersøke om det var noen forskjeller mellom mødrene som besvarte spørreskjemaene i graviditet, og de som ikke besvarte 4,5 år etter fødsel. Dette hadde vært interessant å undersøke fordi mødrene som falt ut av studien kan ha hatt dårligere forutsetninger enn de som ikke falt fra, for eksempel med hensyn til utdanning, inntekt, psykiske vansker og rusbruk. På den annen side ble det vist at det ikke var noen signifikante forskjeller mellom mødrene i rusgruppen som mistet omsorgen for barna sine og de som beholdt omsorgen. Dette kan bety at det ikke er sikkert at det er noe spesielt som kjennetegner de mødrene som falt fra, men dette er vanskelig å vite ettersom ikke alle sider ved mødrene ble undersøkt.

## **4.8 Implikasjoner av denne delstudien for arbeidet med de to gruppene mødre og deres barn**

Resultatene fra denne studien peker på flere viktige forhold som man bør være oppmerksom på i møte med familier der foreldrene strever med rusproblemer og psykiske vansker.

Avhengighet av illegale rusmidler innebærer mange ulike mekanismer som gjør at det er vanskelig å slutte og ruse seg, og for mødre som strever med rusproblemer er det viktig at de vet hvor de kan oppsøke hjelp, og at de faktisk oppsøker hjelpen dersom de føler at trangen til å ruse seg blir for overveldende (Gossop, 2003; Lossius, 2012). Det er derfor nødvendig at de som følger opp disse kvinnene, har søkelys på mødrenes motivasjon for å holde seg rusfrie, og at mødrene føler tillit til at de vil få hjelp dersom de trenger det.

Ettersom mødrene i rusgruppen har vansker på flere områder, er det viktig med tverrfaglighet slik at mødrene får individuelt tilpasset hjelp med for eksempel økonomi, veiledning i foreldrerollen, oppfølging i hjemmet, psykisk helse, jobbtrening, det å komme seg ut i jobb og hjelpetiltak for barna. Dette kan innebære at flere hjelpeinstanser må være involvert, som for eksempel Nav, barnevernet, barnehager og psykisk helsevern. For at dette ikke skal oppleves stressende og belastende for disse kvinnene, er det viktig at partene som er involvert forsøker å få til et godt samarbeid rundt disse familiene. Ut i fra resultatene i denne studien er det også grunn til å tenke at de trenger hjelp i et langtidsperspektiv, ettersom kvinnene fortsatt hadde mange belastninger også 4,5 år etter fødsel.

For mødrene med psykiske vansker er det også viktig at behandlerne har søkelys på foreldrerollen med tanke på at depresjon hos mødrene kan svekke foreldreatferden (Goodman & Brand, 2009). Dersom det er indikasjoner på at mødrene strever med foreldrerollen, er det av betydning at eventuelt andre tiltak settes i gang, som for eksempel hjemmebesøk fra førstelinjetjenesten.

Det er også betydningsfullt å anerkjenne partnerens rolle som omsorgsgiver. Dersom partneren til kvinnene ikke har vansker, kan dette være en motvekt til morens vansker i foreldrerollen og i relasjonen til barnet. Siden det kan være slitsomt å være partner til en kvinne som strever med rus- eller psykiske problemer, vil det i samarbeidet med familiene være nødvendig å være oppmerksomme på partnerens behov for avlastning, eller samtaler hvor partneren kan få snakke ut om sine vansker med familielivet. I noen tilfeller der partneren for eksempel har et rusmisbruk eller psykiske vansker, kan dette derimot ha en

negativ påvirkning på familien. Dette er det viktig å oppdage for å kunne beskytte mor og barn.

Dersom mødrene klarer seg bra, vil dette også gagne barnet (Carta et al., 2001; Kelley, 2003; Nair et al., 2003; Sameroff, 2009). Rusmiddelutsatte barn som vokser opp i stabile og pleiende miljøer, kan vise resiliens og ha en sunn utvikling (Hans & Jeremy, 2001; Sarfi, 2001). Det samme gjelder for barn som vokser opp med foreldre som har psykiske vansker (Torvik & Rognmo, 2011). Dette viser viktigheten av å følge opp mødrene og deres barn, slik at barna får et stabilt og godt omsorgsmiljø.

## 4.9 Konklusjon

I denne delstudien viste det seg at kvinnene med rusproblemer hadde lavere sosioøkonomisk status, mindre sosial støtte i form av partner, mer bruk av illegale rusmidler og nikotin, samt flere antisosiale trekk enn kvinnene med psykiske vansker i graviditet. De hadde derimot lavere skårer på angst og depresjon enn kvinnene med psykiske vansker. 4,5 år etter fødsel hadde flere av mødrene i rusgruppen kommet seg ut i jobb og de fleste holdt seg rusfrie. Det var flere av mødrene med psykiske vansker som mottok behandling for sine mentale helseproblemer 4,5 år etter fødsel sammenlignet med mødrene i rusgruppen, mens det var flere barnevernstiltak i familiene hvor mødrene var i rusgruppen. Syv av mødrene i rusgruppen hadde mistet omsorgen for barna sine, men ingen av barna til mødrene med psykiske vansker hadde blitt omsorgsovertatt. Begge gruppene følte seg knyttet til sin familie og sine venner, men det var fortsatt færre av mødrene i rusgruppen som bodde sammen med en partner og som dermed var aleneforsørgere, sammenlignet med mødrene med psykiske vansker. Alt i alt tyder dette på at kvinnene som ble innlagt grunnet rusproblemer i graviditet fortsatt hadde flere belastninger knyttet til sin livssituasjon enn kvinnene med psykiske vansker. Det er imidlertid positivt at de fleste mødrene i rusgruppen hadde klart å holde seg rusfrie, at færre var arbeidsledige, samt at de følte seg knyttet til sin familie og sine venner. For mor og barn er det også bra at barnevernet følger opp flere av familiene der mor har beholdt omsorgen. Resultatene fra denne delstudien viser at det til tross for en positiv utvikling på flere områder, likevel er behov for at disse mødrene og deres barn får oppfølging over tid. Dette er spesielt viktig slik at det kan legges til rette for at barna får en trygg og stabil oppvekst, ettersom disse barna kan sies å ha en økt risiko for et ikke-optimalt omsorgsmiljø.

For å kunne hjelpe disse sårbare familiene på en best mulig måte er det viktig å skape tillit som et grunnlag for samarbeidet. Videre vil kompetanse i å veilede mødrene i foreldrerollen på en respektfull måte, samt det å motivere mødrene til å holde seg rusfrie, være viktige faktorer for et godt behandlingsresultat. Som nevnt er det samtidig av betydning å anerkjenne at rusmiddelmisbruk er et komplekst problem, slik at oppmerksomheten rettes mot familienes mange utfordringer. Dette medfører ofte at flere ulike hjelpeinstanser må involveres i arbeidet med familiene, og det er av betydning at alle parter som er involvert forsøker å få til et best mulig samarbeid rundt familiene.

For å få enda mer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker livssituasjonen til kvinner med rusproblemer over tid hadde det også vært interessant å se nærmere på hva slags type behandling kvinnene mottok i graviditet, og om dette hadde betydning for deres livssituasjon over tid. Videre hadde andre faktorer som ikke ble undersøkt i denne delstudien, som for eksempel om partner ruser seg, omfang av vold, samt tidligere og nåværende relasjons-erfaringer vært interessant å se på for å forstå hva som kan føre til at noen kvinner klarer seg bedre enn andre over tid. Longitudinelle studier som følger opp mødrene og barna deres over et lengre tidsrom enn det som ble gjort i denne delstudien, kan også bidra til å gi økt kunnskap om hvordan det går med disse sårbare familiene gjennom barnets oppvekst, fra barndom til ungdomsalder. Ikke minst ville det vært interessant å undersøke hvordan det går med barna som vokser opp med disse mødrene, for å se om mødrenes belastninger har svekket omsorgsmiljøet til barna og påvirket deres utvikling i en negativ retning.

# Litteraturliste

- Amaro, H., Zuckerman, B., & Cabral, H. (1989). Drug use among adolescent mothers: Profile of risk. *Pediatrics*, 84:1, 144-151. Hentet fra <http://pediatrics.aappublications.org/content/84/1/144.full.pdf+html>
- Backe-Hansen, E., Madsen, C., Kristofersen, L. B., & Hvinden, B. (2014). *Barnevern i Norge 1990-2010: En longitudinell studie*. Rapport nr 9/14 fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).
- Bakstad, B., Sarfi, M., Welle-Strand, G. K., & Ravndal, E. (2009). Opioid maintenance treatment during pregnancy: Occurrence and severity of neonatal abstinence syndrome. A national prospective study. *European Addiction Research*, 15:3, 128-134. doi: 10.1159/000210042
- Beeghly, M., & Tronick, E. Z. (1994). Effects of prenatal exposure to cocaine in early infancy; Toxic effects on the process of mutual regulation. *Journal of Infant Mental Health*, 15, 158-175. doi: 10.1002/1097-0355(199422)15:4
- Borgestadklinikken. *Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Tilbakeholdelse i institusjon av gravide rusmiddelavhengige*. Informasjonshefte utgitt av Kompetansesenter rus - region sør, for Borgestadklinikken, Blå Kors Sør.
- Bower-Russa, M. E., Knutson, J. F., & Winebarger, A. (2001). Disciplinary history, adult disciplinary attitudes, and risk for abusive parenting. *Journal of Community Psychology*, 29:3, 219-240. doi: 10.1002/jcop.1015
- Carr, A. (2006). Normal development. I A. Carr (red.), *The handbook of child and adolescent clinical psychology* (s. 3-39). London: Routledge.
- Carta, J. J., Atwater, J. B., Greenwood, C. R., McConnell, S. R., McEvoy, M. A., & Williams, R. (2001). Effects of cumulative prenatal substance exposure and environmental risks on children's developmental trajectories. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30:3, 327-337. doi: 10.1207/S15374424JCCP3003\_5
- Cohn, J. F., Matias, R., Tronick, E. Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions of depressed mothers and their infants. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 34, 31-45. doi: 10.1002/cd.23219863405
- Coyne, J. C., & Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425. Hentet fra <http://scholar.google.no/scholar?q=Social+Factors+and+Psychopathology%3A+Stress>



%2C+Social+%09Support%2C+and+Coping+Processes.+&btnG=&hl=no&as\_sdt=0  
%2C5&as\_vis=1

- Craig, R. J. (2008). Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. I R. P. Archer & S. R. Smith (red.), *Personality Assessment* (s. 133-165). New York: Routledge.
- Dalgard, O. S., Bjørk, S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health - a longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 166, 29-43. doi: 10.1192/bjp.166.1.29
- Daughters, S. B., Bornoalova, M. A., Correia, C. J., & Lejuez, C. W. (2007). Psychoactive substance use disorders: Drugs. I M. Hersen, S. M. Turner & D. C. Beidel (red.), *Adult Psychopathology and Diagnosis* (5. utgave) (s. 201-233). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Derogatis, L. R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, C. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science*, 19, 1–15. doi: 10.1002/bs.3830190102
- DeVellis, R.F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2. utgave). Thousand Oaks, California: Sage.
- Dixon, D. R., Kurtz, P. F., & Chin, M. D. (2008). A systematic review of challenging behaviors in children exposed prenatally to substances of abuse. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 483-502. doi: 10.1016/j.ridd.2007.05.006
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., & Opjordsmoen, S. (2005). Treating mood disorders during pregnancy: safety considerations. *Drug Safety*, 28:8, 695–706. Hentet fra <http://link.springer.com/article/10.2165/00002018-200528080-00004>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2008). *Statistical Bulletin*. Lisbon: EMCDDA.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010): *Narkotikasituasjonen i Europa 2010*. Årsrapport utgitt av Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EMCDDA). doi:10.2810/37781
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2010:2): *Trends in injecting drug use in Europe*. Rapport utgitt av European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). doi:10.2810/27167
- Espinosa, M., Beckwith, L., Howard, J., Tyler, R., & Swanson, K. (2001). Maternal psychopathology and attachment in toddlers of heavy cocaine-using mothers. *Infant mental health journal*, 22:3, 316-333. doi: 10.1002/imhj.1004

- Field, T., Sandberg, D., Garcia, R., Vega-Lahr, N., Goldstein, S., & Guy, L. (1985). Prenatal problems, post-partum depression, and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 12, 1152-1156. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.21.6.1152>
- Flaaterud, S. (2000). *Bruk av tvang overfor gravide rusmiddelmisbrukere - noen erfaringer og synspunkter fra ansatte i sosialtjenesten*. Skien, Borgestadklinikken.
- Folkehelseinstituttet. Publisert 11. januar 2011, revidert 11. juni 2014. *Psykiske plager og lidelser hos voksne - faktaark med helsestatistikk*. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=42699>
- Folkehelseinstituttet. Publisert 11. mars 2013, revidert 18. mars 2013. *Barnehager er positivt relatert til barnas utvikling og fungering*. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=105217>
- Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>
- Førde, R. (2009). Publisert 29. februar 2009. *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen>
- Goodman, S. H., & Brand, S. R. (2009). Infants of depressed mothers. I C. H. Zeanah Jr. (red.), *Handbook of infant mental health* (3. utgave) (s. 153-170). New York: The Guilford Press.
- Gossop, M. (2006). *Drug addiction and its treatment*. New York: Oxford University Press.
- Grimstad, V., & Kristiansen, R. (2009). *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 2006-2008 - sammenlignet med funnene fra 1996-2005*. Kompetansesenter rus - region sør, Borgestadklinikken.
- Gyarmathy, V. A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Gurita, B., & Wiessing, L. (2009). Drug use and pregnancy - challenges for public health. *Eurosurveillance*, 14, 33-36. Hentet fra [http://scholar.google.no/scholar?q=Drug+use+and+pregnancy+-+challenges+for+public+health&btnG=&hl=no&as\\_sdt=0%2C5&as\\_vis=1](http://scholar.google.no/scholar?q=Drug+use+and+pregnancy+-+challenges+for+public+health&btnG=&hl=no&as_sdt=0%2C5&as_vis=1)
- Haabrekke, K. J., Slinning, K., Walhovd, K. B., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (2014). The perinatal outcome of children born to women with substance dependence detoxified in residential treatment during pregnancy. *Journal of Addictive Diseases*, 33:2, 114-123. doi: 10.1080/10550887.2014.909698
- Haller, D. L., Knisely, J. S., Dawson, K. S., & Schnoll, S. H. (1993). Perinatal substance abusers: Psychological and social characteristics. *Journal of Nervous and Mental*

- Disease*, 181:18, 509-513. Hentet fra [http://scholar.google.no/scholar?q=Perinatal+substance+abusers%3A+Psychological+and+social+characteristics.&btnG=&hl=no&as\\_sdt=0%2C5&as\\_vis=1](http://scholar.google.no/scholar?q=Perinatal+substance+abusers%3A+Psychological+and+social+characteristics.&btnG=&hl=no&as_sdt=0%2C5&as_vis=1)
- Hagerty, B. M., & Williams, A. (1999). The effects of sense of belonging, social support, conflict, and loneliness on depression. *Nursing Research*, 48:4, 215-219. Hentet fra [http://scholar.google.no/scholar?q=The+Effects+of+Sense+of+Belonging%2C+Social+Support%2C+Conflict%2C+and+Loneliness+on+Depression.&btnG=&hl=no&as\\_sdt=0%2C5&as\\_vis=1](http://scholar.google.no/scholar?q=The+Effects+of+Sense+of+Belonging%2C+Social+Support%2C+Conflict%2C+and+Loneliness+on+Depression.&btnG=&hl=no&as_sdt=0%2C5&as_vis=1)
- Hans, S. L. (1992). Maternal opioid drug use and child development. I I. S. Zagon, & T. Slotkin (red.), *Maternal substance abuse and the developing nervous system* (s. 177-213). San Diego, California: Academic Press Inc.
- Hans, S. L. (2002). Studies of prenatal exposure to drugs: Focusing on parental care of children. *Neurotoxicology and Teratology*, 24, 329-337. doi: 10.1016/S0892-0362(02)00195-2
- Hans, S. L., Bernstein, V. J., & Henson, L.G. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. *Development and Psychopathology*, 11, 957-977. Hentet fra <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=43723&fileId=S0954579499002400>
- Hans, S. L., & Jeremy, R. J. (2001). Postneonatal mental and motor development of infants exposed in utero to opioid drugs. *Infant Mental Health Journal*, 22:3, 300-315. doi: 10.1002/imhj.1003
- Hansen, F. A., & Svenkerud, S. (2006). *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST 6-2a i perioden 1996-2005*. Borgestadklinikken, Blå Kors Sør.
- Haugland, B. S. M. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus og K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (s. 82-106). Oslo: Abstrakt forlag.
- Heh, S. S., Coombes, L., & Bartlett, H. (2004). The association between depressive symptoms and social support in Taiwanese women during the month. *International Journal of Nursing Studies*, 41:5, 573-579. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.01.003
- Helsedirektoratet. *Røykfri graviditet. Informasjon om helsegevinstene ved å være røykfri*. Hentet fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/roykfri-graviditet-/Publikasjoner/roykfri-graviditet-.pdf>

- Hide, L., Lauritzen, G. & Skretting, A. (1997). *EuropASI, Addiction Severity Index, European adaptation of the 5<sup>th</sup> American edition*. Oslo: Norwegian institute for alcohol and drug research (SIRUS).
- Hordvin, O. (red.) (2010). *The drug situation in Norway 2010. Annual report to the EMCDDA*. Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).
- Howard, J., Beckwith, L., Espinosa, M., & Tyler, R. (1995). Development of infants born to cocaine-abusing women: Biologic/maternal influences. *Neurotoxicology and Teratology*, 17:4, 403-411. doi: 10.1016/0892-0362(94)00077-Q
- Insel, T. R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology & Behavior*, 79:3, 351-357. doi: 10.1016/S0031-9384(03)00148-3
- Kapittel 4. Lov om barneverntjenester. § 4-12. Vedtak om å overta omsorgen for et barn. Hentet fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100/KAPITTEL\\_4#KAPITTEL\\_4](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4)
- Kapittel 10. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Tvangstiltak ovenfor rusmiddelavhengige. Hentet fra [http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_10](http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_10)
- Kelley, S. J. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect*, 27, 993-995. doi: 10.1016/S1045-2134(03)00161-3
- Kogstad, R. R., Mønness, E., & Sørensen, T. (2013). Social networks for mental health clients: Resources and solution. *Community Mental Health Journal*, 49:1, 95-100. Hentet fra <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10597-012-9491-4>
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210. doi: 10.1159/000259089
- Konijnenberg, C., & Melinder, A. (2012). Neurodevelopmental investigation of the mirror neurone system in children of women receiving opioid maintenance therapy during pregnancy. *Addiction*, 108, 154-160. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.04006.x
- Knitzer, J., & Perry, D. F. (2009). Poverty and infant and toddler development: Facing the complex challenges. I C. H. Zeanah (red.), *Handbook of infant mental health* (s. 135-150). New York: Guilford Press.
- Knudsen, A. K., Skogen, J. C., Ystrom, E., Sivertsen, B., Tell, G. S., & Torgersen, L. (2014). Maternal pre-pregnancy risk drinking and toddler behaviour problems: the Norwegian

- Mother and Child Cohort Study. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23. juli 2014 (elektronisk publisering før printversjon). doi: 10.1007/s00787-014-0588-x
- Lam, W. K. K., Wechsberg, W., & Zule, W. (2004). African American women who use crack cocaine: A comparison of mothers who live with and have been separated from their children. *Child Abuse & Neglect*, 28:11, 1229-1247. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.06.009
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., & Arner, O. (1997). A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: Methods and findings. *Nordisk Alkohol- og Narkotikaidsskrift 14*, 43-63 (English supplement). Hentet fra <http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/15411/A%20Nationwide%20Study%20of%20Norwegian%20Drug%20Abusers%20in%20Treatment%20Methods%20and%20Findings.pdf>
- Lauritzen, G. (2010). *European Addiction Severity Index (EuropASI) i en oppfølgingsstudie av narkotikabrukere i behandling. Refleksjoner og kvaliteter ved instrumentet for forskning og praksisformål*. Rapport 06/2010: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).
- Lester, B. M. & Tronick, E. Z. (1994). The effects of prenatal cocaine exposure and child outcome. *Infant Mental Health Journal*, 15:2, 107-120. doi: 10.1002/1097-0355(199422)15:2<107::AID-IMHJ2280150203>3.0.CO;2-R
- Lossius, K. (red.) (2012). *Håndbok i rusbehandling* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lund, I. O., Brendryen, H., & Ravndal, E. (2014). A longitudinal study on substance use and related problems in women in opioid maintenance treatment from pregnancy to four years after giving birth. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 8, 35-40. doi: 10.4137/SART.S15055
- Luthar, S. S., & Walsh, K. G. (1995). Treatment needs of drug-addicted mothers: Integrated parenting psychotherapy interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12:5, 341-348. doi: 10.1016/0740-5472(95)02010-1
- Luthar, S. S., Cushing, G., Merikangas, K. R., & Rousanville, B. J. (1998). Multiple jeopardy: Risk and protective factors among addicted mothers' offspring. *Development and Psychopathology*, 10, 117-136. Hentet fra <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=43523&fileId=S0954579498001333>

- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid*. Rapport 2007:5, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Oslo.
- Mayes, L., & Bornstein, M. (1996). The context of development for young children from cocaine-abusing families. I P. Kato & T. Mann (red.), *Handbook of diversity issues on health psychology* (s. 69-95). New York: Plenum Press.
- Mayes, L. C., & Truman, D. S. (2012). Substance abuse and parenting. I M. H. Bernstein (red.), *Handbook of parenting. Volume 4. Social conditions and applied parenting* (s. 329-359). New York: Psychology Press.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., O'Brien, C. P., & Woody, G. E. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 168, 26-33. Hentet fra [http://scholar.google.no/scholar?q=An+improved+%09evaluation+instrument+for+substance+abuse+patients%3A+The+Addiction+Severity+Index.+&btnG=&hl=no&as\\_sdt=0%2C5&as\\_vis=1](http://scholar.google.no/scholar?q=An+improved+%09evaluation+instrument+for+substance+abuse+patients%3A+The+Addiction+Severity+Index.+&btnG=&hl=no&as_sdt=0%2C5&as_vis=1)
- McLellan, T. A., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom H.,... (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213. doi: 10.1016/0740-5472(92)90062-S
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., & Grossman, Z. (1997). *MCMI-III. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: Manual* (3. utgave). NCS: Pearson Inc.
- Moe, V., & Slinning, K. (2001). Children prenatally exposed to substances: Gender-related differences in outcome from infancy to 3 years of age. *Infant mental health journal*, 22:3, 334-350. doi: 10.1002/imhj.1005
- Moe, V., & Slinning, K. (2002). Prenatal drug exposure and the conceptualization of long-term effects. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 41-47. doi: 10.1111/1467-9450.00267
- Monroe, S. M., & Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the contexts on life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110:3, 406-425. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.110.3.406>
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv. Del 1: voksne, Del 2: barn og unge*. 2009:8 ed. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Nair, P., Schuler, M. E., Black, M. M., Kettinger, L., & Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect*, 27, 997-1017. doi: 10.1016/0145-2134(03)00169-8.
- Norsk Helseinformatikk, 31. juli 2014. *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR)*. Hentet fra <http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/narkotiske-stoffer/legemiddelassistert-rehabilitering-lar-34446.html>
- Norsk offentlig utredning (NOU) (2010:8). *Med forskertrang og lekelyst*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kd/dok/nouer/2010/nou-2010-8/7.html?id=616198>
- Nunes, E. V., Weissman, M. M., Goldstein, R. B., McAvay, G., Seracini, A. M., Verdelli, H.,... (1998). Psychopathology in children of parents with opiate dependence and/or major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:11, 1142-1151. doi: 10.1097/00004583-199811000-00013
- O'Dell, K. J., Turner, N. H., & Weaver, G. D. (1998). Women in recovery from drug misuse: An exploratory study of their social networks and social support. *Substance Use & Misuse*, 33:8, 1721-1734. Hentet fra <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/10826089809058952>
- O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43:6, 569-573. doi:10.1001/archpsyc.1986.01800060063008
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan III, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: From neurobiology to clinical practice. *Psychiatry*, 4:5, 35-40. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921311/>
- Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M., & Mayes, L. (2006). Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27:5, 448-465. doi: 10.1002/imhj.20100
- Pajulo, M., Pykkönen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., & Punamäki, R-L. (2011). Substance abusing mothers in residential treatment with their babies: Postnatal psychiatric symptomatology and its association with mother-child relationship and later need for child protection actions. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65:1, 65-73. doi: 10.3109/08039488.2010.494310

- Pajulo, M., Pyykkönen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., Punamäki, R. L.,... (2012). Substance-abusing mothers in residential treatment with their babies: Importance of pre- and postnatal maternal reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 33:1, 70-81. doi: 10.1002/imhj.20342
- Passer, M. W., & Smith, R. E. (2009). *Psychology: The science of mind and behaviour*. New York: McGraw-Hill.
- Russel, M., Martier, S. S., Sokol, R. J., Mudar, P., Bottoms, S., Jacobsen, S.,... (1994). Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18:5, 1156-1161. doi: 0145-6008/94/1805-1156\$3.00/0
- Sabol, T. J., & Pianta, R. C. (2012). Recent trends in research on teacher-child relationships. *Attachment & Human Development*, 14:3, 213-231. doi: 10.1080/14616734.2012.672262
- Sameroff, A. J. (1998). Environmental risk factors in infancy. *Pediatrics*, 102, 1287-1292. Hentet fra [http://pediatrics.aappublications.org/content/102/Supplement\\_E1/1287.full.html](http://pediatrics.aappublications.org/content/102/Supplement_E1/1287.full.html)
- Sameroff, A. J. (red.) (2009). *The transactional model of development. How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sarfi, M., Smith, L., Waal, H., & Sundet, J. M. (2011). Risks and realities: Dyadic interaction between 6-month-old infants and their mothers in opioid maintenance treatment. *Infant Behavior & Development*, 34, 578-589. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.06.006
- Savage, A., & Russell, L. A. (2005). Tangled in a web of affiliation: Social support networks of dually diagnosed women who are trauma survivors. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 32, 199-214. Hentet fra <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02287267>
- Siqveland, T. S. (2012). *Children born to mothers with substance abuse problems. Mother-infant interaction during the infant's first year of life*. AIT Oslo AS.
- Siqveland, T. S., Haabrekke, K., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (i trykk). Patterns of mother-infant interaction from 3 to 12 months among dyads with substance abuse and psychiatric problems. Akseptert for publikasjon i *Infant Behavior and Development*.
- Slinning, K. (2004). Foster placed children prenatally exposed to poly substances: Attention-related problems at ages 2 and 4 1/2. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 19-27. doi: 10.1007/s00787-004-0350-x



- Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS), sist endret 23. juni 2011. *Hvor mange bruker narkotika i Norge og Europa?* Hentet fra [http://www.sirus.no/Hvor+mange+bruker+narkotika+i+Norge+og+Europa%3F.E2x322-8\\_Bp77BFv3TR9D6CJ1K1yUwRVPL28nMhPLZB9MtlY05hRvK0j.ips](http://www.sirus.no/Hvor+mange+bruker+narkotika+i+Norge+og+Europa%3F.E2x322-8_Bp77BFv3TR9D6CJ1K1yUwRVPL28nMhPLZB9MtlY05hRvK0j.ips)
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 113–118. doi: 10.1080/08039480310000932
- Suchman, N. E., McMahon, T. J., Slade, A., & Luthar, S. S. (2005). How early bonding, depression, illicit drug use, and perceived support work together to influence drug-dependent mothers' caregiving. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75:3, 431-445. doi: 10.1037/0002-9432.75.3.431
- Søvig, K. H. (2004). *Tvang overfor rusmiddelavhengige - sosialtjenesteloven § 6-2 til § 6-3*. Bergen: UiB.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk*. Folkehelseinstituttet, 2011:4. Artikkelnnummer: 50070161.
- Tracy, E. M., Munson, M. R., Peterson, L. T., & Floersch, J. E. (2010). Social support: A mixed blessing for women in substance abuse treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 10:3, 257-282. doi:10.1080/1533256X.2010.500970
- Weissman, M. M., McAvay, G., Goldstein, R. B., Nunes, E. V., Verdeli, H., & Wickramaratne, P. J. (1999). Risk/protective factors among addicted mothers' offspring: A replication study. *American Journal of Alcohol Abuse*, 25:4, 661-679. Hentet fra <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1081/ADA-100101885>
- Wiig, E. M., & Myrholt, R. L. (2012). *Gravide innlagt på Borgestadklinikken etter LOST § 6-2a i perioden 2009-2010*. Kompetansesenter rus - region sør (KoRus - Sør), Borgestadklinikken, Skien.
- Wilsnack, S. C., Vogeltanz, N. D., Klassen, A. D., & Harris, T. R. (1997). Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 58:3, 264-271. Hentet fra [http://www.jsad.com/jsad/article/Childhood\\_Sexual\\_Abuse\\_and\\_Womens\\_Substance\\_Abuse\\_National\\_Survey\\_Finding/416.html](http://www.jsad.com/jsad/article/Childhood_Sexual_Abuse_and_Womens_Substance_Abuse_National_Survey_Finding/416.html)
- World Health Organization (WHO) (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Sveits.

- Zahn-Waxler, C. (1993). Warriors and worriers: Gender and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 45, 43-49. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400004272>
- Zaidi, L. Y., Knutson, J. F., & Mehm, J. G. (1989). Transgenerational patterns of abusive parenting: Analog and clinical tests. *Aggressive Behavior*, 15:2, 137-152.  
doi: 10.1002/1098-2337(1989)15:2<137::AID-AB2480150202>3.0.CO;2-O
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability - A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86:2, 103-126. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103>